

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ
TOWARZYSTWA
LEKARZY LUBELSKICH

ZA ROK 1884/5.



LUBLIN
w Drukarni A. Rozdoby
Krakowskie-Przedmieście Nr. 143/4.

~~~~~  
1887.







# TOWARZYSTWO LEKARZY LUBELSKICH.

## Protokół posiedzenia z dnia 22 Lipca 1884 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Członkowie: *Borucki*, *Charytonowicz*, *Janiszewski*, *Jaworowski*, *Jentys*, *Karo*, *Kłosowski*, *Koziejowski*, *Nowakowski*, *Russyan*, *Sachs*, *Schmidt*, *Serafiński*, *Szulc*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zański*, *Zdanowicz*, i jako gość *Michalewski*.

Po zagajeniu posiedzenia, Sekretarz odczytał sprawozdanie z czynności Towarzystwa, bibliotekarz ze stanu księgozbioru, a skarbnik z obrotu funduszków za rok ubiegły 1883/4; po czym, na zasadzie art. 37 ustawy Towarzystwa, przystąpiono do wyborów urzędników Towarzystwa na następujący rok 1884/5.

Rezultat wyborów był następujący:

Prezem obranym został Dr. *Kwaśniewski*.

Vice-Prezesem Dr. *Janiszewski*.

Bibliotekarzem Dr. *Jaworowski*.

Zastępcą bibliotekarza i sekretarza Dr. *Downar*.

Skarbnikiem Członek P. *Karo*.

Sekretarzem Dr. *Zdanowicz*.

Następnie Dr. *Jaworowski* wnosi kandydaturę na Członka Towarzystwa Dra *Dziewiszka*, lekarza więzienia w Lublinie. Kandydaturę przyjęto.

Vice-Prezes Dr. *Janiszewski* wnosi by na przyszłość kandydaci na członków Towarzystwa, przed przyjęciem byli zobowiązanymi do przedstawienia jakiej pracy swojej w zakresie swego powołania. Wniosek ten, umotywowany chęcią ożywienia ruchu naukowego w Towarzystwie, został jednogłośnie przyjęty do zastosowania na przyszłość.

Skonstatowawszy na koniec ogólnie dobry zdrowiostan Lublina i okolicy, posiedzenie zamknięto.

Sekretarz **Zdanowicz.**

## Protokół posiedzenia z dnia 8 Sierpnia 1884 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Vice-Prezes *Janiszewski*, Członkowie: *Dziewiszek*, *Downar*, *Jaworowski*, *Jentys*, *Karo*, *Schmidt*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zdanowicz*, jako gość Dr. *Arnsztejn*.

Po zagajeniu posiedzenia, odczytano protokół posiedzenia z dnia 22 Lipca 1884 r., przyjęto i podpisano.





Następnie kol. *Janiszewski* jako kandydata na członka przedstawia zgromadzonym kol. *Marka Arnsztejna*. Kandydaturę przyjęto a pracę złożoną przez kol. *Arnsztejna*, pod tytułem: „Zur Therapie der chronischen Metritis“ wydrukowaną w berlińskim czasopiśmie lekarskim, oddano do referatu członka kol. *Schmidta*.

Z kolei kol. *Janiszewski* odczytał obszernie i nader zajmujące sprawozdanie z czynności oddziału chirurgicznego Szpitala Ś-go Jana Bożego za miesiąc Czerwiec i Lipiec roku bieżącego.

Praca ta, której podobną co dwa miesiące Szanowny prelegent obiecuje dostarczyć Towarzystwu, jako niedająca się streszczać, w całości dołączoną została do niniejszego protokołu.

Następnie kol. *Jentys* przedstawia kobietę włościankę średniego wieku, u której w trzeciej części górnej i przedniej uda lewego rozwinął się w niespełna dwa lata znacznych rozmiarów, bo wielkości głowy dziesięcioletniego dziecka, nowotwór, który przez obecnych kolegów rozpoznany jako mięsak (sarcoma) i przyznany, pomimo stosunkowo nietrudnych warunków technicznych, za nie kwalifikujący się do operowania, a to dla prawdopodobnej łatwości odrodzenia się jego. W dyskusji nad tym przedmiotem, w której wszyscy członkowie lekarze brali udział, rzucono myśl zastosowania podskórnych wstrzykiwań roztworu kwasu osmowego.

Potém kol. *Dziewiszek* odczytał historię choroby pod tytułem: „Febris intermittens pneumonica“, dołączona w całości do obecnego protokołu.

W końcu, członek aptekarz p. *Karo* przeczytał obszerny swój referat „o obecnie znanych i używanych środkach odwietrzających i odwaniających“, który również jako nie nadający się do streszczenia, zamieszcza się w całości do niniejszego protokołu.

Stan sanitarny miasta i okolicy w ogóle bardzo dobry, gdzie nigdzie pojawiają się ostre nieżyty żołądka i kiszek.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Sekretarz **Zdanowicz**.

---

## SPRAWOZDANIE

**z czynności oddziału Chirurgicznego Szpitala Ś-go Jana Bożego w Lublinie  
za Czerwiec i Lipiec 1884 r.**

Urządziwszy w Szpitalu Ś-go Jana Bożego salę operacyjną i zaopatrując ją w zupełny komplet przyrządów i narzędzi niezbędnych do wykonywania wszelkich mogących się zdarzyć operacji, a także w odpowiednie środki opatrunkowe, jak również rozporządzając dosyć licznym jak na miasto prowincjonalne materiałem poliklinicznym, postanowiłem z czynności moich chirurgicznych zdawać Szanownym Panom akuratne sprawozdanie za każde dwa miesiące. Sądzę, że jednym z pierwszych obowiązków naszych, jako członków Towarzystwa jest wiedzieć przedewszystkiem o wypadkach zdarzających się na naszym gruncie, gdyż tylko tym sposobem będziemy mogli dojść do jakiegokolwiek statystyki, i pewne dane odnośnie do geografii miejscowej chorób zebrać i następnie w pewne ułożyć tablice. Ażeby zaś żaden obserwowany i leczony przypadek pominiętym nie został, zaprowadziłem osobną księgę polikliniczną,



w której wszystko co się tyczy chorego i choroby najskrupulatniej jest notowane, w czém mi łaskawej pomocy udziela kol. *Arnsztejn* i obecnie czasowo bawiący tu kandydat medycyny, p. *Staniszewski*.

Ogółem w miesiącach Czerwcu i Lipcu r. b. obserwowano i leczono wypadków 95, (Szpitalnych 32, poliklinicznych 63).

Z tych było:

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| Chorób chirurgicznych tkanki rogowej, skóry i tkanki podskórnej | 38. |
| — tkanki mięsnej                                                | 1.  |
| — błony śluzowej                                                | 3.  |
| — gruczołów                                                     | 16. |
| — okostnej i ścięgien                                           | 6.  |
| — kości i stawów                                                | 22. |
| — błon surowiczych                                              | 5.  |
| — naczyń krwionośnych                                           | 3.  |
| Wad rozwojowych                                                 | 1.  |
| Razem 95.                                                       |     |

Wypadki te poszczególne przedstawiają się jak następuje:

|                                      |     |                                      |    |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|----|
| Ropnie (abscessus)                   | 10. | Zwichnięcie kości biodrowej          | 1. |
| Wrastanie paznogci                   | 5.  | (Luxatio praecotyloidea)             |    |
| Kaszaki (atheromata)                 | 2.  | Gruźlica stawu kolanowego            | 7. |
| Tłuszczaki (lipomata)                | 2.  | (Gonitis tuberculosa)                |    |
| Torbieli skórnych (Cystae)           | 1.  | — łokciowego (Tub. art. cub.)        | 2. |
| Przetoki skórne (fistulae)           | 1.  | Skurczenie stawu kolanowego          | 3. |
| Rana mięśnia (vulnus penetrans)      | 1.  | (Contract. genu)                     |    |
| Rany głowy (vulnus capitis)          | 7.  | Złamanie obojcz. (Fract. claviculae) | 2. |
| Wrzody goleni (ulcera cruris)        | 2.  | Zgruchotanie ramienia                | 1. |
| Rany postrzałowe (vuln. sclopet)     | 1.  | (Conquassat. humeri)                 |    |
| Stłuczenia (Contusiones)             | 5.  | Zgorzel kości goleniowej             | 1. |
| Przetoka stolcowa (fistula ani)      | 1.  | (Necrosis tibiae)                    |    |
| Nadżarcie stolca (fissura ani)       | 1.  | Próchnienie kości śródstopia         | 1. |
| Złośliwy nieżyt nosa (ozoena)        | 1.  | (Caries metatarsi)                   |    |
| Gruźlicze przerodz. gruczołów        | 7.  | — kręgów                             | 3. |
| (lymphomata)                         |     | (Caries vertebrarum)                 |    |
| Wole (Struma)                        | 2.  | Złamanie żeber (Fract. costarum)     | 1. |
| Zapalenie chroniczn. grucz. krok.    | 1.  | Wysięki opłucnej (Exsud. pleurae)    | 2. |
| (Prostatitis)                        |     | — moszny (hydrocele)                 | 1. |
| Przerost migdał. (hypertr. tonsill.) | 1.  | Kamień pęch. (Calcul. vesic. urin.)  | 2. |
| Węglik (anthrax)                     | 2.  | Zranienie łuku tętnicy promieniow.   | 1. |
| Jęczmień (Chalasion)                 | 1.  | (Vulnus arcus art. radialis.)        |    |
| Czyrak (furunculus)                  | 1.  | Pęknięcie żyłaka (Rupt. varicis)     | 1. |
| Czyrak przewodu słuchowego zew.      | 1.  | Naczyniak (Naevus maternus)          | 1. |
| (Fur. meatus auditorii externi)      |     | Rak zanikowy twarzy                  | 1. |
| Zastrzał (panaritium)                | 5.  | (Cancer atrophicus faciei)           |    |
| Zapalenie okostnej (periostitis)     | 2.  | Warga zajęcza (Labium leporinum)     | 1. |

Razem jak wyżej 95.

Operacyi mniejszych i większych wykonano 56, a mianowicie:

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Wyrwanie paznogcia wrośniętego (Extirpatio unguis) | 5. |
| Wyłuszczenie kaszaków (Ext. atheromatum)           | 2. |
| — tłuszczaków (Ext. lipomatum)                     | 2. |
| — torbieli (— cysto-hygromatis)                    | 1. |



|                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Operacya przetoki stolcowej (op. fistulae ani)                                                          | 1.  |
| Wyłuszczenie dwóch gruzliczo-przerodzonych gruczołów szyjowych<br>(Extirpatio lymphomatis colli)        | 1.  |
| — sześciu gruzliczo-przerodzonych gruczołów piersiowych<br>(Ext. lymph. pectoris)                       | 1.  |
| Operacya plastyczna wargi zajęczej (op. plas. labii lepor.)                                             | 1.  |
| Wycięcie migdałów (Tonsillotomia)                                                                       | 1.  |
| Wyłuszczenie jęczmyka (Extirpatio chalasiai)                                                            | 1.  |
| Przecięcie zastrzału (Incisio panaritii)                                                                | 5.  |
| Otworzenie ropni (Oncotomia)                                                                            | 10. |
| Wyprostowanie gwałtowne stawu kolanowego i nałożenie opat. gyps.                                        | 2.  |
| Wyłyżeczkowanie (Excochleatio) i wypalenie (Cauterisatio act.)                                          | 10. |
| Wyłuszczenie główki ramieniowej i wypilowanie ramienia<br>(Exarticul. capit. humeri et resectio humeri) | 1.  |
| Rozbicie jamy martwiczey i wyjęcie martwiaka (Sequestrotomia)                                           | 1.  |
| Wyssanie wysięku z opłucnej (Aspiratio exsud. pleurae)                                                  | 6.  |
| Wypuszczenie płynu z jamy brzusznej i moszen (paracentesis.)                                            | 2.  |
| Podwiązanie tętnicy ramieniowej (Ligat. art. brachialis)                                                | 1.  |
| Zniszczenie naczyniaka (angioma)                                                                        | 1.  |
| Nałożenie szwu mięśniowego (Sutura musculi)                                                             | 1.  |

Razem 56.

Z operowanych wypadków, zasługują na bliższe poznanie następujące:

I. Rana postrzałowa, zmiżdżenie i rozerwanie części miękkich przednich ramienia lewego, zgruchotanie główki i górnego końca kości ramieniowej lewej.

Tomasz Pacian, fornal, lat 23, dobrze zbudowany pełen zdrowia i siły, w dniu 12 Lipca powracał z synem dziedzica do domu na bryczce o jednem siedzeniu, w którym z boku umieszczona była dubeltówka nabita. Niedaleko od domu, w miejscu, w którym trzeba było otworzyć dla przejazdu zamknięte wrota, wysiadł z bryczki, oddawszy towarzyszowi lejce. Siadając na powrót do bryczki, Pacian chciał przełożyć strzelbę na lewą stronę i ujawszy ją w prawą rękę skierował ku lewemu ramieniu lufą, niezważając że kurkiem zawadził o jakiś przedmiot i tak ciągnąc dalej, wystrzelił sobie w samo ramię lewe. Bliskość strzału sprawiła że nabój cały wpadł mu w ramię, zrzadzając zniszczenie takie jakie może wywołać pocisk armatni. Pierwszą pomoc i nałożenie opatrunku podał mu sąsiedni lekarz, który polecił wysłać go do szpitala, dokąd przybył na drugi dzień po wypadku. Po zdjęciu opatrunku, w obecności łaskawie pomagających mi Drów *Jaworowskiego* i *Arnsztejna*, przekonaliśmy się że części miękkie przedniej górnej części lewego ramienia całkiem zniszczone, kości zaś tegoż pogruchotane na dosyć drobne odłamki uwieszone i wciśnięte w boczne i tylne mięsa ramieniowe. Natychmiast więc po zachloroformowaniu i należytem obmyciu i rozszerzeniu rany ku dołowi przystąpiłem do wyjęcia odłamków, jak najstaranniej oddzielając, o ile się dało, okostną, następnie ponieważ i główka kości ramieniowej była pękniętą, takową wyłuszczyłem, i ostatecznie po oddzieleniu okostnej samo ramię w dolnej jego trzeciej części odpilowano. Ponieważ zaś brzegów rany nie dało się zeszyć, takową wypełniłem pomiętą gazą jodoformową, i nałożyłem opatrunek antyseptyczny, umieściwszy kończynę w szynie drewnianej. Pomimo tak znacznej podwójnej traumy chory ten tylko pierwsze dwa dni miał podniesioną temperaturę wieczorną— 38° i 39° C. Na trzeci dzień temperatura była już normalną, obecnie zaś chodzi z ręką zawieszoną na temblaku i jest nadzieja że za miesiąc będę mógł go Panom przedstawić z raną zupełnie zagojoną. Pomyślny przebieg pooperacyjny zawdzięczać



należy z jednej strony ściślemu zastosowaniu metody antyseptycznej, z drugiej zaś strony pobytowi chorego po za obrębem szpitala, na otwartem powietrzu, w baraku, który w tym roku po raz pierwszy w ogrodzie szpitalnym, w znacznej odległości od szpitala urządzonym został.

II. Przecięcie sierpem wszystkich mięs okolicy tylnej prawego ramienia, aż do kości, nieznaczne rany na piersiach i plecach.

Michał Malik, włościanin ze wsi Motycza, wczasie żniwa pokłóciwszy się o grunt ze starszym rodzonym bratem swoim, został przez tegoż pobitym i ostatecznie w chwili zaślepienia i złości tak silnie sierpem uderzonym w prawe ramię, że wszystkie mięśnie tylne ramienia do kości przecięte zostały, przedstawiając obszerną, otwartą krwawiącą obficie ranę. Ponieważ to się stało na polu wśród ludzi, ktoś z litościwszych, dla ochronienia od obfitego krwotoku, mocno gałganem związał mu ramię, a chorego natychmiast odstawiono do szpitala, nie zbyt odległego od miejsca wypadku. Tam odwinęto ranę, przemyto i nałożono na nią podwójny szew, mianowicie mięśnie zszyto katgutem № 4, a skórę jedwabiem karbolizowanym. Dzięki znowu opasce antyseptycznej, i pobytowi w baraku, chory również nie gorączkował zupełnie, i obecnie jak Panowie widzą, jest na drodze całkowitego wyleczenia. W wypadku tym użyto wyłącznie gazy sublimatowej.

III. Zranienie gałęzi grzbietowej tętnicy promieniowej. Podwiązanie tętnicy ramieniowej.

Wincenty Kosior, parobek z folwarku do dóbr Łęczna należącego w czasie obróbki drzewa, został niechcący zranionym siekierą w gałązkę grzbietową tętnicy promieniowej lewej. Krwotok ztąd powstały za pomocą ucisku wstrzymano, i chorego do Łęczny odstawiono, gdzie mu nałożono ligaturę w 1-jej trzeciej części dolnej tętnicy promieniowej. Gdy jednak krwawienie trwało dalej, nałożono mu opatrunek uciskający i do tutejszego szpitala w porze wieczornej odstawiono. Po zdjęciu na drugi dzień bandażu, rana okazała się czystą i niekrwawiącą. Zastosowano więc opatrunek przeciwnie, i rękę ułożono sposobem zalecanym przez P-ra Adelmanna, tj. zgiętą w łokciu, i przyłożono okłady lodowe. Dzień cały przeszedł spokojnie. Wnocy krwotok powtórzył się nieznaczny. Opatrunek zmieniono, rękę w tej samej ułożono pozycji. Po kilku godzinach, krwotok obfity. Przeto nałożono ligaturę na tętnicę ramieniową w środkowej części ramienia, zachowując wszelkie ostrożności antyseptyczne. Krwawienie ustąpiło zupełnie, po upływie dni 20, chory jako zdrow wypisanym został.

IV. Zgorzel kości goleniowej lewej, rozbicie kapsuli i wyjęcie martwaka. (Sequestrotomia).

Łukasz Fronczek, lat 15, ze wsi Uniszowice od lat 5-ciu chory, po przybyciu do szpitala przedstawiał kończynę lewą obrzmiałą w części goleniowej mocno czerwoną z dwoma obszernymi otworami, jeden u góry, drugi u dołu, z których sączyła się ropa, rzadka, cuchnąca. Chodzenie z powodu bólu utrudnione. Zgłębnik w ranę wprowadzony opierał się o kość ruchomą, chropowatą i nierówną. Po zachloroformowaniu i przecięciu skóry głębokim do kości, okazało się że kapsula nekrotyczna zajmuje prawie całą długość goleni. Po rozbiciu jej dłutem wyjęto sekwestr podługowaty, nierówny. Ranę oczyszczono i zastosowano opatrunek antyseptyczny. Chory, pomimo znacznego obrażenia ani jednego dnia nie gorączkował i po upływie 5-ciu tygodni z raną zupełnie zagojoną wypisanym został.

V. Gruźlicze przyrodzenie gruczołów piersiowych strony lewej. Wyłuszczenie.

Ita Taubloch, lat 4, blada i wyniszczona, z olbrzymim kołtunem na gło-



wie i guzowato rozdętą kością pierwszą śródreżną ręki lewej, przedstawia oprócz tego guz wielkości pięści w okolicy mięśnia piersiowego wielkiego, tworzący jakby konglomerat przerodzonych gruczołowo wielu gruczołów chłonnych. Pomimo stosowania wielu leków anti-skrofulicznych, jako to: zimną tranu, wiosną mleka i przetworów arszenikowych, dziecko nie tylko się nie poprawia ale przeciwnie coraz bardziej niknie i wędnie. Zalecono rodzicom poddanie dziecka operacyi wyluszczenia guza, na co po długich wahaniach się zdecydowano. Jako pierwszy warunek przedoperacyjny zaleciłem zdjęcie kołtuna, co nie było łatwem, z powodu że przed laty dwoma, toż samo dziecko cierpiało długo na żółtawe zapalenie łącznicy obu oczu, i pomimo wszelkich lekarstw, dopiero po zapuszczeniu kołtuna, miało się wyleczyć z tego.

Pomimo jednak obawy rodziców „pokręcenia kości“ przez kołtun, starannie dotychczas pielęgnowany kołtun zdjęliśmy. Nareszcie w początkach Lipca przystąpiliśmy do operacyi guza. Oczyściwszy starannie i obmywszy dziecko mydłem i wodą karbolową wyluszczyłem guz składający się z 14, powiększej części już sérowato przerodzonych gruczołów. Zasztywnię ranę, w której tylko mały otwór dla sączka pozostawiono, założyłem opatrunek przeciwnilny, lekko naciskający. Po operacyi dziecko tylko jeden dzień gorączkowało, temperatura doszła do 40 C; następnego dnia już spadła do normy i więcej się nie podnosiła. Opatrunek zmieniano z początku co 2, następnie co 4 dni a w końcu raz tylko na tydzień. Obecnie dziecko jest już zdrowe zupełnie, wesole i żywe, a rumieniec na licu niepozwala nawet przypuszczać stanu wynędznienia i charłactwa, jakie przed kilku tygodniami to samo dziecko przedstawiało.

#### VI. Gruczołowo-przerodzone gruczoły szyjowe. Wyluszczenie.

Rucha Hubermann, lat 19, z Krzczonowa, rumiana i przystojna dziewczyna, przedstawia na prawej stronie szyi guz wielkości indyjskiego jaja, ruchomy, twardy i niebolesny, składający się z przerodzonych gruczołów chłonnych. Używane dotychczas środki lekarskie wewnętrzne i zewnętrzne żadnej nie przyniosły ulgi; przeciwnie chora czuje się coraz słabszą, traci apetyt, staje się bardzo wrażliwą na zmiany powietrza, podlegając bardzo często katarrom. Badanie fizykalne płuc żadnych zmian nie wykazuje. Chora sama żąda operacyi, którą i wykonano 23 Lipca r. b., przyczém wyluszczone dwa duże gruczoły, z których większy już sérowato—przerodzony. Na ranę nałożono opatrunek antyseptyczny. Zdjęto go pierwszy raz po czterech dniach. Brzegi rany dokładnie zlepione, z otworu zostawionego dla sączka wydziela się nieznaczna ilość ropy. Stan pooperacyjny zupełnie bezgorączkowy.

#### VII. Skurczenie kolana—kilkakrotne forsowne wyprostowanie (Brisement forcé).

Dobra Bekermann, lat 8-miu, blada i wyniszczona, przedstawia skurczenie nogi w stawie kolanowym pod kątem rozwartym, tak że chodząc za ledwie końcem wielkiego palca dotyka ziemi. Skurczenie to powstało prawdopodobnie po przebytem zapaleniu gruczołowym stawu kolanowego (tumor albus genu), który obecnie oprócz niekształtności i znacznego zgrubienia, jest niebolesnym i bardzo mało ruchomym. Dwa razy, przy zupełnej narkozie chloroformowej wykonano wyprostowanie, i nałożono utrzymaną przez cztery tygodnie opaskę gipsową, ale bez skutku. Trzeci raz w początkach Czerwca przezemnie zostało wykonane wyprostowanie. Opaska unieruchamiająca dotychczas jeszcze pozostaje na kończynie, nieprzeszkadzając dziecku używania ruchu, przy pomocy jedynie laski. Wyprostowanie jest zupełne, i prawdopodobnie będzie trwałem, jeżeli nowe jakie zaostrzenie dawno przycichłego procesu zapalnego w stawie nie nastąpi.

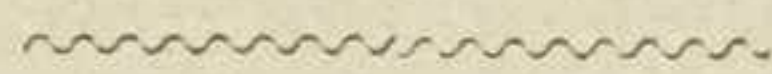


### VIII. Wole — Struma hypertrophicum.

Ruchla Rubinsohn, lat 38, wdowa, z Lublina, od kilku miesięcy podlega rozrostowi gruczołu tarczowego, na co z początku mało zważała. W ostatnich zaś czasach, silnie zaniepokojoną została dusznością, jaka ją napadała. Gruczoł rozrasta się nierównomiernie; prawa połowa znacznie większa (wielkości jaja kurzego) lewa więcej płasko rozlana. Stosując się do zalecenia Dra Szumana z Torunia, zastrzykiwałem chorą, z początku po pół a następnie po całej szprycce Pravatza 1% roztworu kwasu nadosmowego (Acid. hyperosmicum). Po pierwszém zastrzyknięciu duszność ustała zupełnie. Obecnie prawa połowa rozrosłego gruczołu zmalała więcej jak do połowy, przedstawiając niewielki guzik, konsystencji chrząstkowatej. W obec niebezpieczeństwa, spostrzeganego często przy zastrzykiwaniach nalewki jodowej lub półtorachlorku żelaza, środek powyższy jako niewinny a skuteczny zasługuje na obszerniejsze zastosowanie. Jedyna niedogodność jego stanowi dosyć znaczna bolesność.

### IX. Rak zanikowy nosa

Cypa G....., lat 56, służąca, od lat kilku cierpi na powolny rozwój raka zanikowego (cancer atrophicus) zajmujący lewą połowę nosa, i dochodzący do kąta wewnętrznego lewego oka. Używane środki wewnętrzne i zewnętrzne żadnej dotychczas nie spowodowały zmiany. Wykonałem naprzód wyłyżeczowanie aż do zdrowej tkanki a następnie przyżeganie żegadłem Paquelin'a, kilka razy. Miejsce zajęte nowotworem się zbliżyło, zupełnie pokryte gładką, równą, mało różniącą się od otaczającej zdrowej skóry, blizną. Pozostaje tylko jeszcze malutkie owrzodzenie, nieco powyżej lewego skrzydła nosa, które po ostatniem przyżeganiu prawdopodobnie również się blizną pokryje.



Chcąc być szczęśliwym w Chirurgii, należy jak powiedział P-r Mikulicz przeniknąć do szpiku kości metodę antyseptyczną. Przy wykonywaniu operacji jak również i w leczeniu po operacyjnem, staram się przestrzegać ściśle zasady metody przeciwnie w znaczeniu takim, jak ona praktykowana jest w klinikach, Ppfr Billrotha i Alberta, i którą właśnie w tych klinikach w czasie przeszłorocznego dwumiesięcznego pobytu w Wiedniu starałem się wystudyować gruntownie i oswoić się z nią należycie. Wyznać jednak muszę, że zadanie to w warunkach nam tylko właściwych nie jest tak łatwem do wykonania, jak to się wydawać może na pierwszy rzut oka; kliniki bowiem zagraniczne a nawet szpitale prowincjonalne obsługiwane są wyłącznie przez ludzi wykształconych na podstawach antyseptyki i przez młodych doktorów, pojmujących dokładnie wartość i naukowe podstawy pedantycznych a dla nieznanego istoty rzeczy trudno nieraz dających się wytłómaczyć wymagań, bez zadosyć uczynienia którym wartość samej metody się obniża i dążenie całe od właściwego celu odbiega. Szpitale zaś nasze obsługiwane są przez ludzi, nie mających żadnego wykształcenia, nie mogących zatem zrozumieć tego, że źle umyta ręka, nieczysty paznokieć, nie wypalony po odbytej operacji instrument, mogą w danych warunkach nie tylko opóźniać wyleczenie lub powiększyć cierpienie chorego, ale nawet i życie jego narazić. Im się zdaje, że wymagania tego rodzaju są tylko prostym kaprysem zwierzchnika, któremu z musu dogadzają, gdy na nich patrzy, ale po za jego oczyma śmieją się z tego i o ile tylko mogą po staremu robią. Lekarz zatem, prowadzący oddział chirurgiczny, i chcący otrzymywać dobre rezultata leczenia, wszystkie opatrunki własnoręcznie zmieniać musi, a w czasie wykony-



wania operacji, nie tylko winien mieć myśl zajęta chorym i oko na niego zwrócone, ale nieustannie na wszystkie strony się oglądać, aby usługujący mu całej jego pracy nie obrócili w niwecz. Praca zatem staje się podwójną, a istota rzeczy od czasu do czasu pomimo woli i starań pewnym niedokładnościami podlega. W stosowaniu metody przeciwnie następujących trzymam się prawideł:

I. Profilaktyczna, jak ją nazywa P-r Mikulicz, część antyseptyki.

Przed wykonywaniem operacji, wszyscy biorący w niej udział należycie umywają ręce namydloną szczoteczką, ze szczególną uwagą na paznokcie, następnie po osuszeniu ich jeszcze raz opłukują je w wodzie sublimatowej (1—2000). Miejsce, mające być operowanym wymywa się naprzód tą samą wodą sublimatową, a następnie szczoteczką z mydłem, a po obsuszeniu jeszcze raz opłukuje wodą sublimatową. Instrumenta, potrzebne do operacji, należycie oczyszczone zanurza się w wodzie karbolowej 3%.

Gąbki, jedwab' i sączi, użyte do operacji zanurza się w tym że roztworze (5%) kwasu karbolowego, każde w oddzielnych naczyniach, katgut używa się karbolizowany, a do częstego obcierania rany, wata hygroskopowa zwijana w kłębuszki w oddzielnej miseczce napełnionej wodą karbolową 3%.

II. Właściwa antyseptyka.

Podczas operacji—jeden z obsługujących przemywa pole operacyjne za pomocą irygatora wodą karbolową 5%. Rana osusza się gąbkami lub kulkami waty osobno do tego przygotowanymi. Operujący jak najczęściej obmywa ręce wodą sublimatową.

Po skończonej operacji—ranę przepłukuje się dokładnie i całą jej okolice zmywa wodą karbolową; po osuszeniu i zszyciu nakłada się opatrunek w porządku następującym:

1) Wprowadzam sącze lub wypełniam jamę gazą jodoformową, lub też jeżeli rana jest całkiem zaszyta pokrywam ją warstwą gazy jodoformowej.

2) Kładę warstwę zmietej gazy karbolowej, pokrywając ją dosyć grubą warstwą waty hygroskopowej.

3) Wszystko to obwijam wiksatiną lub przezroczystą ceratką angielską i opasuję bandażem z twardej zwilżonej merli.

Jeżeli opatrunek potrzebuje być zmienionym, wówczas przecinam go nożyczkami, oddalam i natychmiast palę, zostawiając jedynie ceratkę, która dobrze wymoczona w wodzie karbolowej, i wysuszona może służyć do powtórnego opatrunku.

Opatrunek taki, jakkolwiek nie ściśle Listerowski, posiada wszelkie zalety opaski przeciwnie, ma jednak tę wadę, że cena jego jest dosyć wysoka, i przy nie świetnym stanie naszych funduszy szpitalnych, nieco za uciążliwą. W wypadku np. 1-szym przezemnie podanym, po wykonaniu rezekcji z powodu zniszczenia skóry i niemożności nałożenia szwu, wypadło całą głębokość rany wypełnić gazą jodoformową i pokryć znaczną ilością gazy karbolowej. Koszt obu tych przedmiotów, wraz z watą, ceratą i znaczną ilością bandażu, ściśle obrachowany według taksy aptecznej i cen targowych, wynosił blisko 8 rubli srebrem, a tymczasem chory za cały miesiąc pobytu w szpitalu opłaca tylko 7 rubli 50 kop.. Bez wątpienia, gaza przyrządzona na miejscu tak jodoformowa jak i karbolowa kosztuje znacznie mniej, w każdym razie jeszcze dosyć drogo.

W ostatnich zatem czasach, spotkawszy się w „Progrés Médical“ z pracą Dr Bonnaire opartą na badaniach fizyologicznych i klinicznych znakomitości takich jak Billroth, Buchholtz, Kuhne, Haberkorn, Jalan de la Croix,



Wernitz, Tarnier, Schede, Périer, Reclus w Paryżu, Bergmanna z Berlina, Maxa z Würzburga, i wielu innych zacząłem u siebie przyrządzać gazę sublimatową (1—2000) i takową przy ranach mniejszych, niegłębokich i mało wydzielających ropy, zamiast karbolowej i jodoformowej stosować. Opatrunek taki jest tani, przydaje się zatem bardzo do praktyki szpitalnej, jeżeli naturalnie obok swjej taniości wykaże dostateczne działanie przeciwnilne. Dotychczasowe nieliczne jeszcze spostrzeżenia moje nieupoważniają mnie do wydania sądu w tym względzie. Świeżo zaś wychodząca w Przeglądzie lekarskim praca Prof. Mikulicza i czynione przezeń doświadczenia porównawcze nad szybkością i stopniem przeciwnilnego działania sublimatu i innych dotychczas używanych środków antyseptycznych, nie wzbudzają wcale wiary w bezwzględną wyższość sublimatu; pomimo rozgłosu, jaki sobie powszechnie i prędko zyskał, każą przypuszczać że oddawna znany i zasłużony kwas karbolowy i nieco od niego młodszy jodoform nie tak prędko ani tak łatwo z praktyki chirurgicznej wyrugować się dadzą.

*A. Janiszewski.*

### Przypadek Febris intermittens pneumonicae.

S. lat 29 mający, 31 Marca r. b. wyszedłszy bez futra przeziębził się i po powrocie do domu, dostał około godziny 5 po południu dreszczu, bólu lewego boku, kaszlu i płucia krwią. Zaniepokojony swym stanem zawezwał kol. *Jaworowskiego* i mnie. Z anamnezy dowiedzieliśmy się, że przed czterema laty chory podczas pobytu w Petersburgu przebył nadzwyczaj upartą i długotrwałą zimnicę, która znacznie siły organizmu podkopała. Reumatyzmu stawowego nigdy nie miał, jak również zapalenia płuc. Następnie badanie wykazało: Odżywianie dość liche, kolor skóry żółtawy, błony śluzowe dostępne dla wzroku blade, klatka piersiowa długa i wąska, międzyżebra szerokie, zakłęśnięcie klatki piersiowej w okolicy dolnej części mostka; Tr. 38.3. Tętno 120, oddechów 28 na minutę. Parę centymetrów poniżej lewej łopatki lekkie stępienie, sięgające do dolnej granicy płuca; w miejscu, gdzie odgłos stłumiony, liczne rżężenia. Wymiary serca przy opukiwaniu okazują się niezmiennymi; na miejscu ictus cordis (w 5 międzyżebżu) słyhać szmer skurczowy; bicia i bólu serca chory nie doznaje. Tępość śledziona na linii pachowej lewej sięgała do górnego brzegu 8 żebra; tępość również powiększona ku przodowi i w kierunku kręgosłupa. Ze strony narządu trawienia oprócz lekkiego obłożenia języka nie znaleźliśmy nic nienormalnego. Wobec takiego rezultatu badania nie mogliśmy jeszcze stanowczo orzec, czy krwioplucie jest objawem nawalu krwi do płuc wskutek chwilowego zaburzenia kompensacji wady sercowej, czy też, że mamy do czynienia z poczynającym się zapaleniem lewego płuca. Za drugim przypuszczeniem przemawiała podniesiona ciepłota. Powiększeniu śledziona nie przypisywaliśmy osobliwego znaczenia, uważając takowe za pozostałość po wzmiankowanej zimnicy. W celu więc uregulowania czynności serca i usunięcia krwioplucia przepisaliśmy choremu naparstnicę z ergotyną i bańki suche na lewą połowę klatki piersiowej.

Po tygodniu, t. j. 6 Kwietnia byłem zawezwany powtórnie do chorego, który tegoż dnia znów dostał krwioplucia. Chory opowiedział mi, że 31 Marca w parę godzin po naszym odejściu spociał się, po czym kaszel mniej mu już dokuczał i krew w mniejszej ilości i rzadziej odchodziła; na drugi dzień czuł się dobrze, jakkolwiek rdzawą plwocinę jeszcze wyrzucał—nazajutrz zaś i to usta-



piło. Przy mnie około godziny 6 wieczorem chory dostał dość silnego dreszczu, w skutek czego zmuszony byłem wstrzymać się z badaniem. Po dreszczu znalazłem: Tra 39.4 P. 120. R. 30. Chory oprócz lekkiego bólu w lewym boku uskarża się na klócie w okolicy prawej brodawki. Opukiwanie nie wykazuje żadnych zmian w płucach; odpowiednio dolnemu zrazowi lewego płuca słycać grubopęcherzykowe rzeżenia; w okolicy prawej brodawki kilka rzeżeń, szmer skurczowy jak wyżej. Tępość śledziona na linii pachowej lewej sięgała 7-go żebra; w podżebrzu mogłem wyczuć śledzionę. Z rana chory zjadł kawałek séra. Język cokolwiek obłożony, brzuch nieboleśny, stolec zatrzymany. Zaleciłem ol. ricini i następnie chininę wieczorem i rano po 5 gr. Około godziny 10 wieczorem nastąpiły obfite poty. Na drugi dzień znalazłem chorego znacznie lepiej: gorączki niema, plwocina rdzawa rzadziej, rzeżeń w lewym płucu prawie o połowę mniej; tępość śledziona obniżyła się do dolnego brzegu 8-go żebra. W przeciągu paru następnych dni objawy pneumoniczne znikły, redukcya śledziona jeszcze cokolwiek postąpiła i chory wreszcie powrócił do poprzedniego stanu swego zdrowia.

Rozpoznanie. W przytoczonym powyżej przypadku należy rozróżnić dwa szeregi objawów: 1) objawy zimnicy: dreszcze, rozpalenie i poty i 2) objawy początkowe zapalenia dolnego zrazu lewego płuca: klócie w boku, krwioplucie, nieznaczne stłumienie odgłosu i rzeżenia. Z przebiegu widać, że drugi szereg objawów pozostawał w najzupełniejszej zależności od pierwszego i z ustąpieniem napadu zimniczego dość szybko znikają zjawiska pneumoniczne; przy ponownym napadzie takowe znów wystąpiły. Rozpoznanie zatem musiało brzmieć: *Febris intermittens pneumonica*. Forma ta należy do tak zwanych zimnic stowarzyszonych (*febres interm. comitatae*), w których zimnica z powodu niezwykłych, niekiedy nawet gwałtownych objawów, przychodzących w ciągu mniej lub więcej wyraźnego napadu, tak zmienia swój obraz że na pierwszy rzut oka robi wrażenie zupełnie odmienną choroby.

Co spowodowało wybuch zimnicy u naszego chorego? Wiemy już, że chory przebył w Petersburgu długotrwałą zimnicę; w spadku po niej otrzymał obrzmienie śledziona, które badający go później lekarze zawsze wykazywali. Wiadomo zaś, że powiększenie śledziona pozostające po sprawach zimniczych zwykle bywa objawem trwającego zakażenia malarycznego.

Na takim gruncie zaziębienie i niestrawność łatwo napady zimnicy wywołać mogły; w tym względzie mogę się powołać na zdanie Pra Chałubińskiego, który dwie te okoliczności uważa za najzwyczajniejszy powód wybuchów i powrotów tej choroby. W ten tylko sposób można sobie wytłómaczyć, dla czego pomiędzy pierwszym i drugim napadem przestanek wynosił aż siedm dni, zimnice bowiem z rytmem siedmiodniowym do nadzwyczajnych rzadkości należą, a nawet według niektórych autorów nie istnieją wcale.

Obecnie kilka uwag o objawach pneumonicznych.

Praktykując w Zamościu, miejscowości malarycznej, miałem sposobność leczyć kilku chorych, cierpiących na kaszel, u których znajdowałem powiększenie śledziona i nieżytowe rzeżenia tylko w oskrzelach dolnego zrazu lewego płuca. Chorych takich leczyłem chininą i arszenikiem z dobrym skutkiem. Bronchitis w tych razach uważałem jako następstwo zakażenia malarycznego. W pewnym stopniu potwierdzenie mego przypuszczenia znalazłem w pracy Trastour'a (streszczonej w № 6 Kr. Lekarskiej z r. 1883) p. t. *Toux splénique, toux hépatique*. Autor jest zdania, że cierpienia śledziona i wątroby tak samo jak cierpienia żołądka wywołują różne objawy ze strony płuc i serca. Spostrzegał on często u chorych kaszel suchy, przerywany, gorączkę, wychudnienie, poty nocne,



a jednak płuca i opłucna były zupełnie zdrowe, śledziona zaś i wątroba powiększone; i téj to okoliczności przypisywał wzmiankowane objawy. Powiada on dalej, że najczęstszą przyczyną obrzmięń wątroby i śledziony, powodujących kaszel jest zimnica. Upoważnieni przeto jesteśmy uznać, że istnieje jakiś związek pomiędzy zakażeniem malaryczném, respective powiększeniem śledziony i wątroby z pewnemi cierpieniami oskrzeli i płuc. Jaką drogą ten związek przychodzi do skutku, o tém trudno coś pewnego powiedzieć. Trastour twierdzi, że kaszel wątrobowy i śledzionowy powstaje drogą nerwową. Według Morel'a i Arloing'a uczucie bolesne w wątrobie wywołuje zwężenie naczyń płucnych; inne objawy (gorączka, wychudnienie) jednocześnie u takich chorych występujące mogą być, według autora, również objaśnione wpływem na nerwy troficzne i naczynioruchowe. Tłómaczenie to jednak nie wytrzymuje krytyki: prędzej już rozszerzenie, a nie zwężenie naczyń, wywołując przekrwienie, mogłoby spowodować niezbyt oskrzeli i kaszel; przyczyną zaś innych objawów u chorych Trastour'a prawdopodobnie było zakażenie zimnicze.

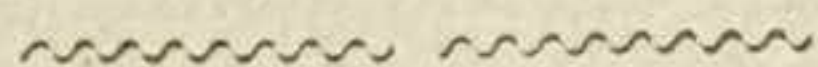
Również niewiadomo, dla czego zmiany oskrzeli i płuc przy zimnicach najczęściej dolny zraz lewego płuca nagabują. Po tych wstępnych uwagach, przejdźmy do scharakteryzowania zajmującej nas formy chorobnej. Pr. Chałubiński w tym przedmiocie tak mówi: „Tak zwane pneumonia intermittens przedstawia w czasie zwykłego napadu zimniczego, obok klócia w boku, rdzawej plwociny, trzeszczenie (crepitatio) najczęściej w lewém płucu od dołu, mniej więcej wydatne stępienie odgłosu, niekiedy wyraźny ton bębenkowy. Z ukończeniem napadu wśród obfitych potów objawy te znikają, lecz zwykle po kilku napadach przychodzi wreszcie do zwątrobienia i gorączka staje się wolniejszą. Chinina znosi napady zimnicze, a zapalenie odbywa się samodzielnie. Rytm zimnicy zwykle jest codzienny, często trzeciaczkowy“. Raz jeden tylko Pr. Chałubiński widział czwartaczkę. Nasz przypadek nie we wszystkim się zgadza z powyższym klassycznym obrazem; przedewszystkiem nie można go nazwać pneumonia intermittens, ponieważ brakowało wielu objawów, które zapalenie płuc w ścisłym znaczeniu tego słowa charakteryzują: a mianowicie nie było żadnych znaków zwątrobienia, mieliśmy tylko objawy nawału (engouement). Gdyby u naszego chorego napady zimnicze przychodziły częściej, gdyby zmiany w płucach przez takowe wywoływane, sumowały się niejako, to prawdopodobnie przyszedłoby do zwątrobienia. Tymczasem pauza pomiędzy pierwszym a drugim napadem wyniosła aż siedm dni, objawy przeto zapalenia po ustąpieniu bodźca (napadu zimnicy) miały aż nadto czasu, aby nastąpiło wyrównanie.

Niedomykalność zastawki dwudzielnéj i nadek odżywiania najprawdopodobniej były momentami sprzyjającemi wystąpieniu tak niezwykłych objawów ze strony płuc: pierwsza ułatwiając zaburzenia w krążeniu płucném, drugi—upośledzając jędrność ścianek naczyniowych. Wzmiankowana wada sercowa zapewne pozostała po zapaleniu wsierdza, które według Hertza, może wystąpić pod wpływem jadu zimniczego. Za tém przemawia także anamneza, która nie wykazuje żadnych innych chorób, przy których powikłania ze strony serca często występują.

Leczenie w naszym przypadku miało za zadanie powstrzymać wybuch nowych napadów i o ile możności zwalczać przewlekłe zakażenie zimnicze.

Wskazaniom tym najlepiej czynią zadość chinina, arszenik, niekiedy zmiana miejsca pobytu.

**Dziewiszek.**





## O niektórych środkach dezynfekcyjnych.

W obec coraz to nowych środków wprowadzanych do dezynfekcyi, coraz to nowych mieszanin ogłaszanych, na czasie zdaje mi się będzie niektóre z téj massy wybrać i ważniejsze dane o nich przedstawić.

*Środki dezynfekcyjne*, przedstawiające wielką rozmaitość, rozdzielić możemy 1) na środki działające czysto chemicznie, które znów rozdzielić można na t. z. utleniające i na ciała kwaśnej lub alkalicznej natury, działające wprost przez połączenie. Pierwsze t. j. utleniające działają albo wprost na ciało, wstrzymując dalszy rozkład, lub utleniają pozostałe produkta, a tém samém zabijają ich szkodliwy wpływ. Drugie zaś t. j. kwaśne lub alkaliczne działając na produkta gnicia tworzą nielotne, bezwonne związki, czynią je mniej szkodliwemi, a przytém niektóre z nich działając na kwaśne lub alkaliczne fermenty wstrzymują dalszy ich rozwój.

Do 2-jej grupy należą środki tak zw. dezynfekcyjne, mogące powstrzymać lub zniszczyć życiowe objawy bakterij i fermentów, środki te nazywane przeciwnie lub antyseptyczne, z tych na uwagę zasługuje *fenol*, *kw. salicylowy*, *trójchlorfenol*, *naftol* i t. d. one niszczą zarodki uorganizowane; podobne własności posiadają: *Sublimat*, połączenia rozpuszczalne *kw. nadmanganowego* i *kw. solnego*. Połączenia te nawet w rozcieńczeniu niszczą życie mikrobów, lecz inaczej działają nawet najsilniejsze środki dezynfekcyjne w obec zwykłych fermentów i mikroskopijnych tworów uorganizowanych a nieuorganizowanych, np. *kw. karbolowy* i *salicylowy* powstrzymują i niszczą twory uorganizowane (jak *zacierniki*, *niektóre włókniaki*) a bardzo mało działają na nieuorganizowane (jak *diastaza*, *emulsyna*, *mirozyna*).

Do 3-jej grupy należy zaliczyć środki pochłaniające jak *węgiel*, *torf* i t. p.

Do działających chemicznie zaliczamy niektóre kwasy mineralne jak siarczany, siarkawy, borowy i niektóre kwaśne siarczany i borany.

Ze środków alkalicznych zasługuje na wzmiankę dla swój taniości *wapno świeżo gaszone* i t. zw. *chlorek*, działający już to alkalicznie już to utleniająco.

*Siarczan żelaza* (koperwas żelazny) bardzo używany dla tego że z jednej strony reaguje z amonią, wydzielającą się przy rozkładzie ciał azotnych, przytém tworzy tlenek żelaza, pochłaniający tlen, który mógłby działać na pozostałą masę. Przytem koperwas żelazny w obecności amonii pochłania siarkowodór.

Kwaśny roztwór *ferr. sulfuricum oxydatum* użyty celem odwonienia gazów, działa dobrze lecz krótko, zmieszany zaś z wapnem gaszonem, lub karbolowem (t. j. wapno oblane ordynarnym kwasem karbolowym) traci swoją własność.

Gabryel du Bell na zasadzie własności *kw. siarczanego* nawet silnie rozcieńczonego przy działaniu na ciała organiczne poleca dla dezynfekcyi miejsce ustępowych następującą metodę: W dane miejsca wlewa się raz na tydzień 1 kilo kwasu siarczanego zgęszczonego, a po 3-ch tygodniach  $\frac{1}{2}$  kilo kwasu azotnego zwyczajnego. Po wlaniu kwasu siarczanego wywiązują się obficie gazy wodorodowe i para wodna, lecz to prędko ustaje, gdyż gazy amoniakalne łączą się na kwaśny siarczan amonowy i inne bezwonne połączenia, po dodaniu zaś kwasu azotnego karbaminian amonowy na azotan mocznika i azotan amonowy. Metodą tą na długi czas niszczy się nieprzyjemną woń, a koszt tego niewielki.

Co do *kw. siarkawego*, a właściwie jego anhydrytu (dwutlenek siarki



So<sup>2</sup>) otrzymanego przez spalenie siarki, to Wolffhuegel zwraca uwagę, że środek ten zalecany nawet przez Berliński komitet choleryczny — nie zabija wcale zarodników grzybków, choć same grzybki wilgotne niszczy w kilku minutach, na przedmioty suche działa znacznie wolniej.

Używany i zalecany w ostatnich czasach *siarczan glinu* Al<sup>2</sup> (So<sup>4</sup>)<sup>3</sup> jedno z najzwyczajniejszych połączeń glinu, otrzymują najczęściej przez działanie niezbyt mocnego kwasu siarczanego na wyprażoną glinę, następnie wylugowują się wodą, lub też otrzymują z boksitu lub kriolitu. Sól taka zawierająca wodę krystaliczną, rozpuszczalna w wodzie, silnie kwaśnej reakcyi, oddziałuje podobnie jak kwas siarczany.

*Octan glinu* w płynie, *Alumina acetica soluta* i *mrówczan glinu* w płynie otrzymywany przez podwójny rozkład siarczanu glinu i odpowiedniej soli stroncianny używane również bywają do dezynfekcyi. Płyn dezynfekcyjny Głanza patentowany w Berlinie składa się z powyższych soli.

*Borax* i *kwas borny* wchodzi w skład bardzo wielu środków przeważnie sekretnych znanych pod różnemi nazwami zalecanych dla konserwowania przedmiotów spożywczych, lecz Forster, który badał wpływ kwasu bornego na wydzieliny grubiej kiszki pod względem ilościowym i jakościowym doszedł do następującego rezultatu, że z jednej strony przyjmowanie kwasu bornego przyczynia się do większego wydzielania żółci, a z drugiej strony wydziela z kiszek w dużej ilości części białkowe, które prawdopodobnie wydzielają się po większej części ze spożytego pokarmu. Dla tego kwas borny nie jest zupełnie właściwym środkiem do pokarmów, a szczególnie do mleka dla dzieci.

*Glyceroboran wapniowy* i *glyceroboran sodowy* są to dwa nowe środki przedstawione akademii nauk w Paryżu przez Dra Le Bon jako środki antyseptyczne. Obydwa połączenia bardzo łatwo rozpuszczalne. Wystawione na wpływ powietrza szybko rozpływają się chłonąc wilgoć w ilości równej swjej wadze. Tak wyskok jak i woda rozpuszczają te sole w ilości dwa razy takiej ile same ważą. Pod względem leczniczym wyżej stoi sól wapienna, zupełnie nieszkodliwa — nawet w silnych roztworach stosowaną była do oka. Dr. Le Bon mięso pociągnięte pojedynczą powłoką tej soli wysełał do la Platy — dokąd doszło w stanie świeżym i zdrowym. Dr. Le Bon zaleca obie sole jako środki antyseptyczne, a szczególnie przy opatrunkach Listerowskich.

*Brom* w ostatnich czasach zalecany. Dr Frank w Szarlotenburgu zaleca przez nasycanie trypli (*Terra tripolitana* pochłania do 7-u objętości bromu). Najlepiej służą do tego kawałki tripli długości kilka cali. W tym stanie Brom w zakrytych naczyniach można przechowywać, a przy otworzeniu naczynia następuje stopniowe wydzielenie się par bromowych. Dla prób brał nitki nasyczone zarazkiem zarazy sybirskiej i poumieszczał w różnej odległości od bromu; tak zostawił na 6 godzin, następnie wypróbował, że nitki wiszące nawet daleko od bromu traciły zabijające własności. Brom bywa też zastosowanym w formie wody Bromowej.

Niejaki Schweizer proponuje *cegielki karbolowe*, z tej zasady, że proszek karbolowy w skutek ulotnienia się kwasu, traci swą woń; szczególnie zaleca przy dezynfekcyi stolików nocnych, umywałń i t. p. naczyń. Przepis na nie następujący: 200 cz. talku, 50 cz. gipsu i 10 cz. kwasu karbolowego zarabia się z wodą na ciasto, wylewa w formy papierowe, a po wyschnięciu obwijają się w stanjolję — przez 12 do 16 dni czuć silny zapach kwasu karbolowego.

Bruns i Kersch radzą następującą mieszaninę: Kalafonii 60 cz. stearyny 15 cz. stopić na wolnym ogniu, a po ostudzeniu dodać 25 cz. fenolu, po sprosz-



kowaniu dodać 700 lub 800 cz. węglanu wapna osadzonego i w dobrze zatka-  
nych naczyniach przechowywać.

Jednym z lepszych środków grupy antyseptycznej byłby *trójchlorfenol* otrzymywany przez nasycenie ogrzanego fenolu chlorem, lecz bardzo małe pró-  
by w praktyce tego środka, niedają jeszcze nic stanowczego orzec, pochwała  
jego jest zatem więcej teoretyczną.

Produkt suchej destylacji węgla kamiennego, podobny do dziegciu t. z.  
*smoła gazowa*, z początku nie miała zastosowania w praktyce, dziś wszystkie jej  
części składowe są wyzyskane. Główne części składowe lotny, lżejszy od wody  
olej węgla kamiennego, z którego otrzymują w odpowiednich fabrykach benzynę  
i t. p. i ciężki olej zawierający kreozot, fenol i inne, te głównie składniki nadają  
tęj smole własności dezynfekcyjne, zmieszana z gipsem przedstawia niedrogi  
produkt zdolny do wysypywania, samą zaś smarować można drewniane rynny,  
ścieki i t. p.

Drugi produkt suchej destylacji węgla kamiennego wodnisty zawiera  
głównie wodne roztwory soli amoniakalnych, gdyż azot węgla kamiennego (1%)  
przy suchej destylacji przemienia się w amoniak; oprócz tego zawiera niektóre  
składniki znajdujące się w smole, lecz z powodu soli amoniakalnych do dezyn-  
fekcyi niezdatny.

*Chlorozon* tak nazwany przez Brochowskiego w Paryżu otrzymuje się  
na zimno działaniem kwasu solnego na handlowy chlorek wapna, przytém wy-  
dziela się chlor, który miesza się z powietrzem; przepuszczając tę mieszaninę  
przez roztwór sody gryzącej otrzymujemy płyn — chlorozon. W technice zna-  
lazł już zastosowanie w miejsce chlorku wapna do blichowania, w dezynfekcyi  
tęż może go zastąpić jako środek silniejszy.

*Tlenek wodorodu* ( $\text{HO}$  a właściwie  $\text{H}_2\text{O}_2$ ) zalecany głównie w chirurgii,  
przypisują mu niektórzy własności wyższe jak chlorowi, lecz dowiedziona jest  
rzeczą, że wiele bakteryi jest takich, na które tlenek wodorodu zupełnie nie-  
działa.

Ujemną stroną fenolu i kwasu salicylowego jest mała ich rozpuszczal-  
ność w wodzie, czemu w części zaradzili odkryciem *Aseptolu* t. j. *Acidum ortho-*  
*xyphenil sulfurosum*, który posiada te same własności chemiczne i antyseptyczne  
co poprzednie, a jest rozpuszczalnym w wodzie we wszystkich stosunkach.

*Kwas fenilo-borowy*  $\text{C}_6\text{H}_5\text{BO}$  ( $\text{H}_2\text{O}$ ) połączenie krystalizujące w bez-  
barwne igielki, oddziaływające słabokwaśno na lakmus, w zimnej wodzie trudno,  
a w gorącej, w wysoku i eterze łatwo rozpuszczalne. Smak łagodny, korzen-  
ny, woni przyjemnej, zażyty do wewnątrz nie sprawia pieczenia. Własność  
przeciwgnilna wyższa od fenolu.

Wiele środków dezynfekcyjnych dostarcza nam świat roślinny, a prze-  
ważnie *oleje lotne*: z *Pinus silvestris*, *abies. pinaster*, *pumilion*., *juniperus com.*, *La-*  
*vendulae off.*, *Eucalyptus*, *gaultheria procumbens* i t. d., jak terpentyna zwy-  
czajna, francuzka, olejek z igieł sosnowych, jałowcowy z jagód i drzewa, Eu-  
kaliptowy australski (tańszy) i *globulosus*; *Ol. gaultheriae*. Są to bez zaprze-  
czenia środki bardzo ważne, lecz użycie ich zastosowane może być w pokojach  
lub dla odwietrzenia jakiego sprzętu lub odzieży. Należy w takim razie starać  
się skropić dany przedmiot wszechstronnie, dokładnie a właściwe działanie bę-  
dzie przy rozpylaniu jednocześnie z parą wodną.

Niejaki Kingzet zawiadamia, że jeżeli przez terpentynę będziemy prze-  
puszczać powietrze przez 100—200 godzin otrzymamy ciało nietotne, nieroz-  
puszczalne w wodzie, mające silne własności antyseptyczne.

*Ol. gaultheriae* (olejek starzeńli) skład tego olejku dosyć skomplikowa-



ny, stanowi mieszaninę Eteru salicylo-metylowego, kwasu gaulterynowego czyli kwasu meto-salicylowego  $C^7H^5(CH^3)O^3$  i wodorodu węglowego. gaultheryn, wywierający wpływ ozonizacyjny, a salicylan metylu posiada własności antyseptyczne, podobnie jak kwas salicylowy, z tą wyższością, że działa przez zetknięcie się z danym przedmiotem, oraz przez dyfuzję przy rozpylaniu. Olejek ten nie posiada własności gryzących jak fenol, ani też odrażającej woni, przeciwnie zapach olejku jest przyjemnym, używają go nawet w perfumeryi.

*Węgiel torfowy* otrzymany przez zwęglenie torfu posiada w wysokim stopniu własność pochłaniania barwników i gazów powstających przez gnicie, w ostatnich czasach zalecany szczególnie na podściółkę do obór i stajni.

*Stuttgardska sól konserwująca* Mayera składa się z 2,0 kwasu bornego i 3,0 soli kuchennej. Na litr mleka  $\frac{2}{3}$  grm. zachowuje bez zmiany smaku.

*Septon* środek przeciwko pleśni na sérze składa się z równych ilości mocnego kwasu octowego i wody.

*Glacialo solna* mieszanina i *glacialo różany* ekstrakt, obydwie sole zawierają kwas borny i borax.

*Krochmal salicylowy* otrzymuje się dodając małemi ilościami krochmal w drobnym proszku do alkoholowego roztworu kwasu salicylowego w stosunku 2—3 na 100. Gdy krochmal zupełnie opadnie na dno, płyn alkoholowy zlewa się zwierzchu, pozostałość wyciska się i suszy przy  $80^{\circ}$  C. Mieszając wprost nie otrzymuje się pożądaných własności antyseptycznych.

Używany w Petersburgu *płyn Dra Kitary* jest to kwas karbolowy z wodą kolońską.

Przy diphtheritis Hager radzi PP. lekarzom i osobom mającym z choremi styczność trzymać w ustach następujące *pastylki*: Cerae 20,0 Colophonii 6,0; po roztopieniu dodać Bals. Tolutani 10,0. Pulv. aromat. 5,0. Sacchari 20,0. Acid. benzois 7,5 F. Pulv. adde Ol. Naphae gr. V. Ol. Cinamoni gr. X. Kreosoti 2,5. Każdy pastylek należy ssać około  $\frac{1}{2}$  godz. W dzień 4—5, dla dzieci po  $\frac{1}{2}$ .

Nie będę już wyliczał znanych środków i mniej lub więcej rozebranych mieszanin, gdyż części ich składowe i działanie są do siebie podobne, a w mieszaninach nawet, nieraz jedne i te same a tylko kolorem lub innemi zewnętrznemi cechami różnią się od siebie.—Wspomnę tu jeszcze o pracy panów Arloing, Cornevin i Thomasa nad środkami niszczącemi jad karbunkułowy, w tym praktycznym celu, aby przyjść do odkrycia, który ze środków powszechnie znanych jako odwietrzające najprędzej i najpewniej niszczy własności zakażenia w trupach zwierząt padłych na karbunkuł, jak również w słomie na której leżały, w żłobach i t. p.

Doświadczenia tych panów wykazały, że nie wszystkie środki których własności dezynfekcyjne nie ulegają wątpliwości działają niszcząco na zarazek karbunkułowy i tak alkohol, wapno, garbnik, amoniak, siarczan żelaza, chlorek magnowy, kwas siarczany, olejek terpentynowy żadnego wpływu niewywierają, a tylko sublimat, który w 5000 cz. jeszcze działa skutecznie, następnie azotan srebra, kwas salicylowy i karbolowy (2%).

Na zakończenie podam opinię Fizykatu Wiedeńskiego na środki dezynfekcyjne, który w swoim sprawozdaniu pisze co następuje: Dostarczany kwas karbolowy odpowiadał wymaganiom w zupełności. Z względu na inne środki, które pod różnemi postaciami i nazwami codziennie się pokazują, to urząd fizykatu widzi się spowodowanym wyrazić swe przekonanie, że tylko takie środki odwietrzające rzeczywistą mają wartość, które w zupełności niszczą mikroorganizmy i tychże zarodki, pod względem istoty swój i formy do zwykłych stosunków człowieka mogą być zastosowane. Największej jednak ilości



znanych dotychczas środków odmówić wypada wszelką wartość. Są to przeważnie środki, które mnożąc się, jak grzyby po deszczu, obliczone są na zysk i łatwowierność publiki.

Tak zwany „Antibakterion“ jest to płyn zabarwiony fuksyną zawierający cynk, glin, sól, potass, chlor, kwas siarczany i borny, więc prawdopodobnie siarczan cynku, alun, boraks. Antibakterion nie może przeto być nazwanym dobrym środkiem dezynfekcyjnym. Drugi szereg takich środków polega na zasadzie odpowiedniego spalania ich w obec nadmiaru saletry lub innych ciał utleniających, przez co powstawać mają empyreumatyczne produkty destylacyjne. Niektóre wywiązywać mają kwas octowy, inne kwas benzoesowy i t. d. Lecz i te środki tak mało są warte jak trzeci ich rodzaj, gdzie zapomocą kw. siarczanego wydzielać się mają lotniejsze kwasy jak drzewny, karbolowy i inne.

Ciekawy fakt, że słynny ze swych ogłoszeń tak zw. „Sanitas“ okazywał pod mikroskopem najbujniejszą roślinność. W obec tego zostaje nam zawsze kwas karbolowy, jako najpewniejszy środek niszczący zaraźliwe zarodki gnijących ciał organicznych. W drugim rzędzie ważną rolę odgrywa koperwas żelazny, jako tani i skuteczny środek odwaniający ścieki i odchody zwierzęce. Mamy w prawdzie silniejszy środek od kw. karbolowego zabijający niechybnie mikroorganizmy i zaraźliwe zarodki, a środkiem tym *Sublimat*, lecz ponieważ trujące jego własności nie pozwalają zastosowywać go wszechstronnie, więc tylko, ograniczone może mieć znaczenie.

dnia 8 Sierpnia 1884 r.

J. Karo.

---

### Protokół posiedzenia z dnia 4 Września 1884 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Vice-Prezes *Janiszewski*, Członkowie: *Arnsztejn*, *Chrzanowski*, *Downar*, *Dziewiszek*, *Jaworowski*, *Jentys*, *Koziejowski*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Odczytano protokół z posiedzenia d. 8-go Sierpnia r. b. przyjęto i podpisano.

Następnie kollega *Jentys*, przedstawia chorego ze swego oddziału w Szpitalu Ś-go Wincentego á Paulo, którego historia w krótkce opisana jak następuje:

Tomasz Szalamaj, lat 23, włościanin, dobrze zbudowany i zdrowy, w dniu 13 Lipca r. b. przy robocie około studni został uderzony w głowę spadającą z dosyć znacznej wysokości cegłą, która spowodowała stłuczenie i złamanie kości ciemieniowej lewej, rana skórna podługowata, o brzegach równych, prawie równoległa do szwu strzałkowego, długości około 2 cali.—Utrata przytomności, wymioty, mowa niewyraźna, jękająca się. Zastosowano po przybyciu jego do Szpitala lód na głowę, środki czyszczące (*Jnf. Sennae cpt. Clisma*). Na drugi dzień roztwór jodku potassu, 4 razy dziennie po łyżce stołowej. Do 16 Lipca, stan bez zmiany, T-ra nie podnosiła się nad 38,°6 C. stan bezprzytomności trwa, majaczenie, wymioty jednak ustały. Rozszerzono cięciem po zgłębniku rowkowanym ranę skórą w jedną i drugą stronę, odkryto obnażoną i popękana kość, na której dokładnie można skonstatować wgłębienie. T-ra 38,4—17 Lipca zrana o 6-jej napad drgawek, zastosowano Wodan Chlorauu, z bromkiem potassu. T-ra 38°3—37,° C. 18-go chory odpowiada i rozumie nieco lepiej; sen spokojny; lewa kończyna górna bezwładna; mowa w lekkim stopniu sparaliżowana: Zasto-



sowano po 3 pijawki za uszami z obu stron. Stan jednakowy do 23 Lipca. T-ra nie przekracza 37°5. 24 Lipca, chory może nieco unosić rękę, i ruszać palcami, mowa utrudniona, jąkanie się (balbuties). Wrócono do jodku potassu, pod wpływem, którego chory, przez cały Sierpień zostając w szpitalu, doznaje powolnego ale stałego polepszenia, rana skórna po odejściu z niej 5 drobnych odłamków znekrotyzowanej kości, pokrywa się ziarniną i dąży ku zabliznieniu, władza w rękach wraca do normy, mowa staje się prawidłową, ogólny stan wyborny i w takim stanie przedstawia się Towarzystwu.

W dalszym ciągu tenże kol. *Jentys* zdaje sprawę z rezultatów otrzymanych z wysłania na wakacje letnie na wieś dzieci z ochronek Lubelskiego Towarzystwa Dobroczynności, których jest lekarzem. Wiedząc jak potężnym czynnikiem zdrowotnym dla biednej dziatwy miejskiej, mieszkającej większą część roku, najczęściej w ciasnych, wilgotnych i brudnych mieszkaniach, byłby pobyt na wsi, na wolnym, świeżym powietrzu, przy używaniu umiarkowanego ruchu i prostej, skromnej lecz zdrowej dyecie, zachęcony zarazem przykładem Warszawy, gdzie ta myśl spotkała ogólne współczucie i chętne poparcie, kol. *Jentys* i tu w Lublinie zdołał znaleźć dobroczynnych ziemian, którzy się zgodzili na przyjęcie na dwa miesiące, chociaż ograniczonej liczby tej upośledzonej dziatwy. Ze 131 dzieci, liczących się w ochronach i opatrzonych przez kol. *Jentysa*, wybrał on 24-o najslabowitszych, a mianowicie 11-cie chłopców, w wieku od lat 7-u do 12-tu, którzy pod dozorem zaufanej osoby, udały się do wsi Białka, W-go Skawińskiego, i 13-tu dziewcząt tegoż wieku do wsi Kłodnicy, W-go Węglińskiego; dodano im rozmaite zabawy jako to cerceaux, piłki etc. Główny kontyngens chorób stanowiły: zolzy, bezkrwistość, angielska choroba i nerwice; wszystkie dzieci znakomicie się poprawiły i zważone przed i po wakacjach okazały wszystkie pewien przybytek na wadze, wahający się między 2—12 funtów.

W dalszym ciągu kol. *Arnsztejn* odczytał własną pracę p. t. „Wskazania do Laparotomii u Gynękologów Berlińskich“. Obszerny i zajmujący ten referat przyłączony jest w całości do niniejszego protokołu.

Potem Vice-Prezes kol. *Janiszewski* odczytał historię choroby pod tyt. „Przyczynek do leczenia kamieni pęcherza moczowego za pomocą cięcia nadłonowego (Cystotomia alta)“, która również dołącza się do obecnego protokołu.

Następnie, bibliotekarz T-wa kol. *Jaworowski* proponuje drukowanie katalogu księgozbioru T-wa, które będzie kosztowało 50 rubli, na co obecni członkowie się jednomyślnie zgodzili. Zarazem proponuje nabycie nowo wyszłych wydawnictw Tow. Krakowskiego oraz dzieła P-ra Rydygiera pod tyt. „Chirurgia Operacyjna“, co również zaakceptowano.

Choroby panujące: dur, zimnice, oraz kilka wypadków złośliwego wąglika we wsi Kulik (gmina Cyców).

Sekretarz **Zdanowicz.**



## PRZYCZYNEK DO LECZENIA

### *kamieni pęcherza moczowego za pomocą cięcia nadłonowego*

(Cystotomia alta)

podał Dr A. F. Janiszewski.

---

W bieżącym miesiącu miałem możność spostrzegania oddawna rozwijającego się kamienia w pęcherzu moczowym: usunąłem go za pomocą wysokiego cięcia pęcherza sposobem Petersena, Perrier, Gayon. Wypadek ten z wielu względów zasługuje na uwagę i powinien być zaliczonym do statystyki operacyj, od niedawna za klasyczną uznaną.

Starozakonny Fogelgarn, 65 letni starzec, niezmiernie osłabiony, blady, wycieńczony do najwyższego stopnia ciągłymi hemoroidalnymi krwotokami, już przed 5-ciu laty zasięgał po raz pierwszy mojej rady i wówczas już po dokładnym zbadaniu, znalazłem w pęcherzu, kamień niewielkich jeszcze rozmiarów i jako jedyny racjonalny sposób leczenia, zaleciłem operację, mając na myśli cięcie boczne pęcherza, jako powszechnie przyjęte i zalecane.

Chory się zdecydował prędko, ale jeszcze prędzej od swjej decesyi, zbalamucony przez znajomych, odstąpił. Następnie udał się do Warszawy, kogo się radził niepamięta, lecz zapewniono go, że kamienia niema, a cierpienie jego redukuje się do chronicznego niezytu pęcherza.

Uszczęśliwiony tém zapewnieniem powrócił i zaleconą mu wodę Vichy przez kilka lat używał czując się niby zdrowszym, niezupełnie jednak wolnym od bólesci i utrudnionego moczenia. Od roku cierpienia jego stopniowo zwiększały się a w końcu Lipca r. b. doszły do tego, że powtórnie zgłosił się do mnie, prosząc o zbadanie i w razie obecności kamienia, o natychmiastowe usunięcie go drogą operacyjną.

Badanie wykazało obecność znacznych rozmiarów kamienia, wydającego przy stykaniu się z metalowym cewnikiem, wprowadzonym do pęcherza, wyraźnie i zdaleka słyszalny chrzęst: usiłowania zaś przemycia pęcherza były daremne, z powodu bardzo małej ilości płynu mogącej się pomieścić w pęcherzu, i to przy niesłychanie silnych bólesciach. Okoliczność ta zarazem świadczyła o zmniejszeniu pojemności pęcherza, powstałej prawdopodobnie z dośrodkowego rozrostu tegoż (hypertrophia concentrica) z jednej strony, i ze znacznych rozmiarów kamienia, wypełniającego całą jamę z drugiej strony, co także potwierdzało się nieustanną potrzebą wydalania moczu, którego chociaż nieznaczna ilość była dostarczana do pęcherza przez moczowody, już sprawiała nadzwyczaj bólesne rozciąganie ścian pęcherza i wymagała najspieszniejszego wydalania. Chory całymi dniami jęczał, kroplami oddawał mocz, tracąc coraz bardziej siły, wskutek przecierpianych bólów, stając się zupełnie niezdolnym do pracy.

Ulegając prośbom chorego i jego rodziny, w celu wykonania operacji, przyjąłem go do oddziału Chirurgicznego Szpitala, dnia 10 Sierpnia.

Stan ogólny nierokował wcale pomyślnego zejścia operacji; była ona raczej wskazana, jako środek mogący choremu sprowadzić jakąś ulgę w cierpieniach, i resztki jego życia uczynić mniej męczącemi i dolegliwemi; chory bowiem przedstawiał obraz wycieńczenia w najwyższym stopniu, a woskowo-



żółta bladość jego przy zawiedłych i przedwcześnie zestarzałych rysach więcéj go podobnym czyniły do nieżyjącej jak do żywéj istoty.

W dniu 13-ym Sierpnia r. b. o godzinie 12-éj, przystąpiłem do wykonania operacyi w obecności kolegów: *Jentyśa*, *Sachsa*, *Tetza* i *Wahrmana* i przy łaskawéj pomocy kolegów *Arnsztejna* i *Jaworowskiego*.

Chory, z powodu wygórowanéj drażliwości został zachloroformowanym do zupełnéj narkozy, i należycie wygolonym, obmytym szczoteczką z mydłem i wodą sublimatową (1—1000). Całe pole operacyjne, respective brzuch cały obłożono kompresami mocno zwilżonemi w wodzie karbolowéj 5<sup>0</sup>/. Do pęcherza wprowadzono cewnik metaliczny, połączony z irygatorem, napełnionym 4<sup>0</sup>/o roztworem kwasu bornego i opatrzonym kranem Dra Chwata, do odbytnicy wprowadzono kolpourynter, napełniony znaczną ilością płynu.

Na smudze białéj nieco powyżéj spojenia łonowego, zrobiłem cięcie skórne długości 12 centymetrów, oddzieliwszy mięśnie doszedłem do powięzi poprzecznej, po przecięciu którój kol. *Jaworowski* palcem prawéj ręki odsunął ku górze tkankę tłuszczową wraz z otrzewną. Na tém skończył się pierwszy akt operacyi. Należało zatém odszukać pęcherz i przeciąć go. Pomimo znacznego wypełnienia kolpouryntu uniesienie pęcherza, prawdopodobnie z powodu ciężaru kamienia, było prawie żadne, a pęcherz, do którego nieudawało się wprowadzić płynu, nie wypukłał się wcale, i ledwie z trudnością się namacywać dał.

Po odszukaniu wreszcie końca cewnika, który się udało bokiém przesunąć, zrobiono na nim cięcie ściany pęcherza i natychmiast z irygatora puszczo no prąd roztworu kwasu bornego, który obficie przez ranę wypływać zaczął. Wprowadzony wtedy palec przekonał, że zrobiony w pęcherzu otwór nietylko za małym jest dla wydobycia kamienia, ale że kaliber tegoż wymaga cięcia pęcherza wzdłuż całej górnej ściany aż do szyjki, co téż i zrobiono. Usiłowania usuwania kamienia za pomocą szczypczyków speliły na niczém, kamień się kruszył na mnóstwo drobnych ułameków, które trzeba było palcami wyjmować. Kamień był tak ściśle obciągniętym zgrubiałemi ścianami i tak szczelnie wypełniał fałdy błony śluzowéj pęcherza, że doszczętne, zupełne usunięcie go zdawało się niemożliwém, co jednak po długich i mozolnych manipulacyach za pomocą jedynie palców całkowicie się udało. Poczém pęcherz, dość znacznie krwawiący przemyto jakiś czas roztworem 4<sup>0</sup>/o kwasu bornego, by strumień dosyć cienki i zrysoka spadający wywołał kurczenie się krwawiących drobnych naczyń. Po ustąpieniu krwawienia, wprowadziłem do pęcherza gruby cewnik z czerwonego kauczuku, mający oczka tylko w części znajdującéj się w samym pęcherzu, i przyszyłem go do obu warg rany pęcherzowéj, celem utrzymania go tam przez dłuższy czas i zapobieżenia możliwemu wysliznięciu się z rany. Umocowany ów cewnik był dosyć długim, że swobodnie zanurzał się w naczyniu ustawionym między nogami chorego. Ostatecznie pozostawiając za radą Perrier'a pęcherz otwartym, połowę rany skórnej zszyłem szwem jedwabnym, wypełniając drugą połowę na około cewnika gazą jodoformową. W cewkę moczową wprowadziłem kateter kauczukowy, a na wszystko założyłem opatrunek antyseptyczny. Wyjęty kamień ważył 94 grammy, czyli około 3 uncyj. Chory, pomimo osłabienia i podeszłego wieku, zniósł dobrze narkozę, tylko za przeniesieniem na salę długi czas przedstawiał objawy zapadu (collapsus), wymioty, zemdlenia, a pod wieczór i czkawkę, i ogólne oziębienie. Wieczorem temperatura wskazywała 36° C., puls drobny i słaby, pot zimny na całym ciele i znaczny niepokój. Zaleciłem wino Szampańskie z lodem i co 2 godziny Opium  $\frac{1}{10}$  grm. z kamforą  $\frac{1}{2}$  grm.

Na drugi dzień rano zastałem chorego znacznie lepiéj: był przytomnym,



T-ra 37°5 C., puls wolniejszy i pełniejszy, skarży się na ból przy uciskaniu ścian brzusznych, na częstą czkawkę i wymioty. Z sączka umieszczonego w pęcherzu mocz wypływa obficie. Bóle w pęcherzu ustały całkiem. Nad ranem obfity stolec. Opatrunek zdjęto, pęcherz przemyto, za pomocą irrigatora połączonego z cewnikiem, szwy dokładnie utrzymują brzegi rany.

Trzeciego dnia T-ra 37°5 C. Noc całą chory przespał spokojnie, czkawka i wymioty rzadsze, chory chętnie przyjmuje wino Szampańskie z lodem, zrazu nawet wypił nieco słodkiego mleka, jest znacznie weselszym i czuje się lepiej. Mocz przez sączek obficie wypływa. Cewnik usunięto, gdy tą drogą mocz wcale nieodchodzi. Wprowadzono go tylko podczas zmiany opatrunku, dla dokładnego przemycia pęcherza. Od tego dnia zaczyna się stopniowe polepszenie; czkawka ustaje, wymioty bardzo rzadkie, chory przyjmuje mleko, rosół, wino, sypia dobrze i subiektywnie czuje się dobrze. 8-go dnia zdjęto szwy, brzegi rany niezupełnie zlepione, szwy utrzymujące sączek w pęcherzu puściły, sączek z rany się wysunął. Przy zmianie opatrunku w miejsce sączka wprowadzono gumowy cewnik angielski, stale utrzymany bandażem z marli. Od 14-go dnia po operacyi, chory mający się dotychczas względnie dosyć dobrze, odrazu stracił apetyt, wracają znowu czkawka i krztuszenia, temperatura spada do 36° C., a nawet jednego dnia z rana dochodzi ledwie do 35°3 C; a w ranie, która dotychczas dobrą i żywą pokrywała się ziarniną, proces gojenia się ustaje zupełnie.

Pomimo to, chory dotychczas przy każdym opatrunku i przemywaniu pęcherza okazuje jeszcze dosyć sił; jest w stanie unosić się dosyć wysoko a nawet dosyć długo siedzieć, zanim go obmyją i świeżą nałożą koszulę. Z powodu zupełnego braku łaknienia zalecono enemy odżywcze z buljonem i winem dwa razy dziennie.

Takim był stan chorego do 3-go Sierpnia r. b., gdy w nocy chory dostał silnego rozwolnienia i tak silnego upadku sił i temperatury, że rodzina jego w oczekiwaniu blizkiego zgonu zabrała go do domu, gdzie w kilkanaście godzin, życie zakończył.

Zastanawiając się nad powyżej opisanym wypadkiem przedewszystkiem zaznaczyć wypada:

1-e, że chwila, przez chorego na operacyą wybrana, było o ile można najnieprzyjaźniejszą dla dobrego zejścia, z powodu nadmiernego długotrwałego wyczerpania sił i bólami i częstymi krwotokami kiszki;

2-e, że, jakkolwiek operacya była wskazana, to jednak niechętnie do niej przystępowałem i to li tylko na usilne żądanie chorego, który w danym wypadku ma zupełne prawo rozporządzać sobą, czyli że była wykonana z uprzejmości—par complaisance;

3-e, że przyjąwszy za pewnik konieczność operacyi, jedyny możliwy sposób do zastosowania było cięcie nadłonowe metodą Petersen'a. Kruszenie bowiem kamienia (lithothripsia) nie mogło tu mieć miejsca, tak z powodu ścisłego obciążenia kamienia pęcherzem, i niemożności zatém wprowadzenia doń płynu, jak i z przyczyny samej wielkości kamienia, wymagającej lithotriptora rozmiarów jakich nie używa się zwykle. Cięcie zaś boczne, pominawszy już znaczną utratę krwi, jaką zwykle powoduje, niemogłoby doprowadzić do usunięcia kamienia, tak z przyczyny małego otworu w pęcherzu, jak również, że żadne szczypce nie ujęły by takich rozmiarów kamienia, który tylko długotrwałą i upartą manipulacyą ręczną dał się częściami lecz całkowicie usunąć.

4-e, wykonaniu operacyi towarzyszyły przewidziane i nieprzewidziane przeszkody: trudność wypełnienia płynem pęcherza, oraz uniesienia go ku górze



za pomocą wypełnienia płynem kolpourynteru, co, według Petersen'a, jedynie ma chronić od zranienia otrzewnej, trudność przeprowadzenia cewnika, tak by jego koniec mógł być wyczuwanym przez ściany pęcherza. Mimo to otrzewna nie była zranioną, i cięcie pęcherza, jakkolwiek obszerne, lecz równe i liniowe, niesprowadziło, jak się to często zdarza, nierównych odluszczeń brzegów rany, wikłających jej leczenie, i opóźniających zagojenie;

5-e, pomimo tak nieprzyjaznych okoliczności niebyło nacieczeń ropnych, tak częstych przy wysokim cięciu (podług Düllera 7 razy na 478) a zależnych od dwóch warunków: wypływu moczu przez ranę i nierównych odluszczeń w samej ranie.

Nasuwa się teraz pytanie w jakim stosunku znajduje się zejście śmiertelne z wykonaną operacją. Że sama operacja bardzo niewiele ku temu przyczynić się mogła, dowodzi to że chory jeszcze trzy tygodnie po jej dokonaniu żył, czuje się w dwóch pierwszych tygodniach względnie nieźle, że process ziarnienia wranie odbywał się żywo i bez powikłań.

Temperatura bardzo niska zaraz po operacji, następnie jeszcze większy jej spadek w ostatnich dniach życia, w końcu biegunka, która w końcu całe cierpienie pogorszyła i ostatecznie równowagę sił żywotnych zwichnęła, każą przypuszczać że przedewszystkiem na wątłe siły organizmu szkodliwie podziałał chloroform, i raz naruszona równowaga owych sił podnieść się i w właściwym stopniu utrzymać się nie mogła, upośledzając coraz więcej działalność nerwową; i zakończyła się wreszcie fatalnem zejściem.

Operacja zaś sama, przy modyfikacjach wprowadzonych do jej techniki przez Petersen'a, Perrier'a, Guyon'a, i przystosowaniu opatrunku przeciwnego, zdaje się mieć wielką przyszłość, i jeżeli niespotka się tylu naraz trudności i przeszkód, jak w opisanym wypadku, co przecież nie zawsze bywa, jest do wykonania nierównie od cięcia krokowego łatwiejszą i pewniejszą.

---

## WSKAZANIA DO LAPARATOMII GYNEKOLOGÓW W BERLINIE.

---

Śledząc bacznie za charakterem rozwoju Gynologii nowoczesnej, a w szczególności szkoły Berlińskiej, trudno nie przyznać mu czysto chirurgicznego kierunku. „Gynekologja dzisiejsza“, powiada *Gusserow*, „rozwija się jako dział chirurgji“. <sup>(1)</sup>

Gynekolodzy, wychodząc z zasady, że czynność organów płciowych kobiety: macicy, jajowodów, jajników gaśnie z wiekiem, że działalność ich nie stoi w ścisłym związku z ustrojem całego osobnika, że nowotwory złośliwe tych organów wprost zagrażają życiu, a nawet gdy są natury łagodnej narażają nie raz osobę na przeróżne dolegliwości, zadali sobie pytanie, czyby nie można kobietę uwolnić od tych organów przez częściowe lub całkowite ich wyłuszczenie. Odpowiedzią na to pytanie było zastosowanie u nowoczesnych Gynekologów ca-

---

<sup>1)</sup> *Gusserow*, Char. Annalen, IX Jahrg.



łego rzędu operacyj—laporatomij, między którymi niepoślednią rolę odgrywa—trzebiecie.

Najważniejszą podstawą do rozszerzenia zakresu wskazań do laparatomij posłużyła metoda przeciwnilna, najwięcej rozpowszechniony tu środek jest teoretycznie przez *Kocha* rekomendowany sublimat. Używany on bywa w chirurgicznej i gynecologicznej praktyce jako *summum desiniciens* dla rąk i bielizny, które stykają się z raną; posiada on wprawdzie i swoje słabe strony: psuje instrumenta, nie może być bezpośrednio zastosowanym na ranę brzuszną, tworzy skrzepy ze śluzem pochwy, ale jako środek odwietrzający stoi on wyżej od karbolu, od którego się wyróżnia taniością i tem, że nie działa tak nieprzyjemnie na skórę operatora; 5% roztwór karbolu działa bardzo żrąco na skórę, podczas gdy sublimat w stosunku 1 na 1000 działa, podług *Schroedera*, pewniej i nie tak żrąco.

Jeżeli się jest panem przeciwnilnej metody, powiada Berlińczyk, to można sobie pozwolić amputować część pochwową macicy li tylko wskutek jej owrzodzeń, jeżeli te po 14 dniowym leczeniu nie znikają, to można przedsięwziąć bez szkody dla danego osobnika kastrację, wskutek przewlekłego *peri* albo *oophoritis*, można też wykonać myomotomię, a nawet wydobyć płód przez laparatomie przy zewnątrzmacicznej ciąży.

Laparatomja stała się nieodzowną potrzebą tutejszego gynecologa; kto nie wykonywa laparatomii, ten nie jest gynecologiem nowoczesnym i zaiste godne podziwienia są rezultaty tutejszych laparatomij. Jeżeli *Spencer-Wells* na ostatnie 100 ogłoszonych laparatomij miał śmiertelność 11, to *Schroeder* na ostatnie 100 ogłasza tylko 8 śmiertelności; <sup>2)</sup> Przyczynę tak znacznej śmiertelności upatrując w powikłanych wypadkach, na 250 ogłoszonych laparatomij *Schroeder* miał na 1-sze 100—17 śmiertelności, na 2-gie 100—18 a na 50 ostatnich—3. Dr *Veit* na 16 niedawno dokonanych laparatomij miał jeden wypadek śmierci.

Ważnym czynnikiem w rozwoju laparatomij było wewnątrz-otrzewnowe leczenie szypuły. Przy owariotomiach ten sposób leczenia oddawna przyjętym został; przy uterotomiach zaś znajduje on wielu przeciwników. Tak np. *Karol Braun* i w ogóle Wiedeńska szkoła nie myślą odstąpić od zewnątrz-otrzewnowego leczenia.

Rozpatrzywszy się bliżej, musimy przyznać pierwszeństwo wewnątrz-otrzewowemu leczeniu, ponieważ teoretycznie jako ideał operacji i praktycznie gdzie rezultaty są tak świetne (*Schroeder* na 14 wypadków myomotomij miał jeden wypadek śmierci) wyżej stoi od zewnątrz-otrzewowego.

*Schroeder* przemawia bardzo za wewnątrz-otrzewowem leczeniem szypuły przy myomotomij; powiada, że <sup>3)</sup> nie można przypuszczać, aby leczenie szypuły przy myomotomjach inaczej przechodziło niż przy owariotomjach. *Schroeder* od pierwszej operacji dokonanej podług metody *Pèana* nie odstępował od wewnątrz-otrzewowego leczenia szypuły. Jego operacja „myomotomja“ gdzie, po poprzednim zesnurowaniu macicy za pomocą cewy gumowej, wycina z niej dwa pół puste, okrągławe segmenta, zszywa kikut w kilka pięt, zwykle w dwa i otrzewną łączy z sobą, poczem 4 przyprowadzające naczynia podwiązuje, jest bardzo prostą i napewno zabezpiecza od następnych krwotoków. Przy rozwoju myotomij niepoślednią rolę odegrała teoria *Martin'a*. *Martin* podał bardzo

<sup>2)</sup> *Schroeder*. 1882. Kurzer Bericht ueber 300 Ovariotomien. Berl. kl. vochen № 16.

<sup>3)</sup> *Schroeder*. Myomotomie. Zeit. f. Geb. u Gyn. VIII Band. 1882.



prosty sposób myotomii, który w pojedynczych wypadkach zastosowaniem być może: Po otwarciu jamy brzusznej na szyjkę macicy nakłada cewę gumową, robi cięcie w tém miejscu, gdzie znajduje się nowotwór, wyłuszcza go, poczem ranę zszywa.

Ważną rolę w rozwoju wskazań do laparatomii odegrało podwójne badanie, a w szczególności metoda podana przez *Hegara*: chorą znieczula się; za pomocą szczypców *Museux'a* ściąga się dobrze ku dołowi macicę, a przez kışkę stolcową można dokładnie wtedy wyczuć pojedyncze części, ich stan, zrosty i t. d. Żaden z Berlińskich ginekologów, choćby był najpewniejszym swęj diagnozy, nie odważy się zaproponować choręj operacji bez poprzedniego badania pod chloroformem.

Jeszcze jeden warunek sprzyjał rozwojowi laparatomii: Dawniejsi autorzy zgadzali się w zdaniu, że guzy, które przy badaniu przedstawiają silne zrosty nie mogą być wyłuszczone. Dzisiaj chirurg śmiało oddziela za pomocą palców, lub nawet noża wielokrotne zrosty z kışkami, kręzkami a nawet wątrobą. *Schroeder* w jednym wypadku laparatomii operowanym 19 Lutego 1884 r. u 46 letniej kobiety wskutek włókniaka wychodzącego z prawego rogu macicy, gdzie guz, prócz niewielkich zrostów, dających się oddzielić za pomocą palców przedstawiał zrosty wzdłuż całego śródjelicia okrężnicy poprzecznej, oddzielił te ostatnie za pomocą noża i krwawiące powierzchnie śródjelicia za pomocą szwów wklęsłych ze sobą połączył poprzecznie.

Szereg wskazań nareszcie powiększył mikroskop. Wyskrobywanie macicy przy każdym podejrzaném krwawieniu z nięj i badanie wydobytych tkanek pod mikroskopem nieraz wprowadza nas na diagnozę złośliwego nowotworu. *C. Ruge* niedawno przedstawił na posiedzeniu ginekologów w Berlinie preparat wyłuszczonej przez *Schroedera* macicy li tylko na zasadzie poprzedniego drobnowidzowego badania wyskrobań, gdzie innych symptomatów nie było, i gdzie rzeczywiście można było się przekonać o rakowatém przerodzeniu macicy; wypadek ten porównywał z innymi przez siebie zdiagnozowanymi.

Najczęstszém wskazaniem do laparatomii bywają torbiele jajnika. W tych wypadkach jeszcze w 1882 roku Berlińska szkoła wypowiedziała swoje zdanie w artykule *Schroedera*: <sup>4)</sup> „Każdy guz jajnika sam przez się jest dostatecznym wskazaniem do operacji, każdy taki guz, chociaż często bardzo pomału, na pewno grozi życiu, a podług terażniejszych doświadczeń prawie każdy guz taki daje się operować“.

Nie zwraca on uwagi ani na wiek choręj, ani na wielkość guza, ani na mniejsze lub większe dolegliwości jakie on sprawia. Na swoich lekcyach opowiada, że już dwa razy udało mu się uwolnić 80 letnie staruszki od dolegliwości przez owaryotomię. W miesiącu Lutym 1884 r. dokonał on owaryotomję duplex na 76 letniej kobiecie.

Co się tyczy wielkości guza, to terażniejsza Berlińska szkoła nie zgadza się ze zdaniem staręj Berlińskiej i terażniejszęj Wiedeńskiej, podług których tylko wielkie guzy, sprawiające znaczne dolegliwości, operowanemi być powinny. Wychodzi ono bowiem z tego punktu widzenia, że guzy te wielką mają skłonność do przejścia w złośliwe nowotwory, fakt demonstrowany przez *Flaischlena* i *Rugego* (*Flaischlen* 20 wypadków złośliwych na 102. *Zeit. f. Geb. Gyn.* VII Heft. 2.) wielokrotnie, fakt zresztą dobrze znany anatomopatologom,

---

<sup>4)</sup> *Schroeder*. *Zeit. f. Geb. u Gyn.* VIII Band. 1882.



że nowotwory te nigdy nie są skłonne do wstecznych przemian, że często wrastają w tkankę łączną miednicy, wskutek czego stają się trudnemi do operowania, że z biegiem czasu wielokrotne przedstawiają zrosty, trudne do oddzielenia, co na samą operację, jak i na następne leczenie niekorzystny wpływ wywiera, że bardzo często napotykamy je później jako brodawkowate torbiele, nowotwory złośliwe dające przerzuty w sąsiednich organach; zresztą musimy zwrócić uwagę na to, że nowotwory te stanowią ciężar dla pacjentki, która podupada na siłach, staje się niezdolną do pracy, warunek, który szczególnie w klassach pracujących powinien być uwzględnionym, przytém guzy te są często powodem poronień, że przy porodach znaczną są przeszkodą, że innych środków prócz operacji medycyna nowożytna nie uznaje, że wreszcie operacja, przy terażniejszym postępowaniu przeciwnie, jest prawie nieszkodliwą.

Na zasadzie terażniejszych swoich doświadczeń uważa *Schroeder* owaryotomię wykonaną podczas ciąży za postępowanie stosunkowo nieszkodliwe dla matki i dla płodu.<sup>5)</sup> Radzi wykonać operację w pierwszych ciąży miesiącach; opisuje on 7 wypadków owaryotomii, gdzie z pomyślnym skutkiem wykonał owaryotomię w ciąży; operacja ta i przed i po nim była wykonana szczęśliwie przez *Olshausena* (14 wypadków), *Tait* (6 wypadków), *Larrivè*. *Olshausen* na 14 operowanych podczas ciąży miał tylko jeden wypadek śmierci. Jeżeli abortus następuje po operacji to, jak objaśnia *Larrivè*,<sup>6)</sup> nie jest on skutkiem mechanicznego insultu, tylko wysokiej temperatury; temperatura po owaryotomiach dokonanych w klinice *Schroederowskiej* nie przechodzi za 38° 38,6; trzeciego lub czwartego dnia zwykle temperatura normalna.

Częste wskazania do laparatomji dają kastracye. *Hegar* pierwszy w 1872 r. ogłosił wypadki kastracyi, pierwszy ustanowił wskazania do nich, nie stawia bynajmniej za konieczny warunek symptomatów, które by groziły życiu, lecz uważa kastrację za wskazanie przy symptomatach, gdzie chora nie może doznawać żadnej rozkoszy życiowej. Bardzo prędko rozpowszechniła się ta operacja w Niemczech, w Ameryce, gdzie *Tait* ją nawet wykonywał bez antyseptyki i gdzie znana jest pod nazwą „*Lawson-Tait'a* operacyi“.

Znalazła ona zastosowanie przy wielolicznych cierpieniach macicy, jajników, niezależnie od tego, czy można było przy tém skonstatować zmiany w tkankach, lub też tylko chorobę uważano za czysto-nerwowego pochodzenia; zastosowano ją przy typowych, lub nietypowych krwotokach, przy włókniakach macicy, przy *oophoritis* (*Tait* 35 wypadków), *perioophoritis*, przy torbielach jajowodów, przy nowotworach jajników; *Kleinwächter*<sup>7)</sup> rozszerzył ją przy miesiączce błoniastej, przy nerwobólach jajników, a także przy *infarctus uteri*.

*Schroeder*, jak również jego uczniowie np. *Veit*, protestują przeciw kastracyi przy włókniakach macicy.<sup>8)</sup> Jeżeli bowiem nawet przyjąć, że dojrzewanie jajeczek i miesiączkowanie są w ścisłym z sobą związku, przecież niepodobna się zgodzić na to, aby, po podwiązaniu naczyń, prowadzących od jajników do macicy, krwotoki spowodowane macicą i jej guzami, ustać miały—i jeżeli już raz przystąpiliśmy do laparatomji, chyba i jednoczesne wyłuszczenie fibromyomatu uznać musimy jako racjonalne; wszak przytém niebezpieczeństwo operacyi nie o wiele się wzmacnia, a pewność pomyślnego skutku większa.

*Schroeder* w wypadkach fibromyomatu zwykle przystępuje do myomoto-

5) Laparatomie in der Schwangerschaft. Zeit. f. Geb. u Gyn. S. 383.

6) L a r r i v é. Kystes de l'ovaire et ovariectomie. Lyon med. 20—21—25.

7) K l e i m w ä c h t e r. Archiv. f. Gym. XVI.

8) S c h r o e d e r. Die normale Ovariectomie. Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsor. Leipzig S. 250.



mii i tylko wtedy zgadza się na kastracyę, jeżeli po otworzeniu jamy brzusznej przekonał się o niemożebności wyluszczenia guza.

Przy przewlekłym *oophoritis* i *perioophoritis*, wypadki bardzo często powodowane jadem tryprowym, rezultaty kastracyi są bardzo pomysłne.

Do rzędu wskazań do kastracyi należą także niedawno podane przez *Gusserow'a*. *Gusserow* <sup>9)</sup> pierwszy opisuje wypadki laparatomji dokonanej wskutek jednostronnego powikłania małych guzów jajników, bądź natury nowotworów, bądź natury zapalnej i torbieli jajowodów przewlekłym zapaleniem okolicznicznym. Charakteryzuje on tę formę klinicznie w następujący sposób: Zwykle mamy tu do czynienia z osobnikami w rozkwicie lat, (między 20 a 30 rokiem życia), które często bez żadnego znanego powodu, (nierzadko pod wpływem jadu tryprowego), zachorowały po porodzie lub poronieniu przy zwykłych zjawiskach *perimetritis*.—Z choroby tej pozornie wyleczone, niezupełnie jednak wracają do zdrowia; uczucie ściskania i ciężaru nigdy ich nie opuszcza; prędko przyłączają się bóle zmienne co do siły, po większej części ograniczające się do pewnego miejsca podbrzusza, zwykle tylko z jednej strony, z prawej lub lewej, rozpromieniające się w kierunku kończyny tejże strony. Wszystkie te zjawiska powiększają się podczas miesiączkowania; charakterystycznym jest to że nigdy nie mamy tutaj zjawisk gorączki od samego początku choroby. Dolegliwości wzmagają się przy każdym dłuższym ruchu. Pacjentki stają się chlorotyczno-anemicznymi, prawdziwymi histeryczkami niezdolnymi do pracy. Prócz na zjawiska nieokreślonego ściskania i bólu w małej miednicy chore uskarżają się na uczucie bólu w pewnym ściśle określonym miejscu, po większej części nad jedną lub drugą gałęzią poziomą kości łonowej.

Pomimo wygodnych warunków życia, pieczołowitości, chore znacznie upadają na siłach (zjawisko zupełnie przeciwne jak przy *para et perimetritis*). Przy zwykłym badaniu znajdujemy objawy przewlekłego *para et perimetritis*. Jeżeli zaś niejednokrotnie przedsięwzięmy sumiennie podwójne badanie, przy znieczuleniu chorąg, to prawie zawsze uda nam się w takim wypadku odkryć obok macicy mniej więcej niewielki elastyczny guz, którego ruchliwość bywa rozmaita i gdzie przeważnie można stawić rozpoznanie „guz jajnika“.

Trudno wszakże zdjagnozować czy w danym wypadku mamy do czynienia z *hydrosalpinx* czy też guzem jajnika. Stosunek tych guzów do *perimetritis* nie zawsze daje się objaśnić; najbliższem objaśnieniem jest to, że guzy te są pierwotnem cierpieniem i tylko stopniowo w ich okolicy wywołały przewlekłe zapalenie, chociaż objaśnienie to nie do wszystkich się nadaje wypadków. Wypowiada on też zdanie, że wskutek zmian w krążeniu krwi i odżywianiu jajników, spowodowanych przewlekłym zapaleniem w samej miednicy—w jajnikach mogą się rozwinąć torbiele, które sprawiają powyższe dolegliwości; w takich razach wykonywa on jednostronną kastracyę; opisuje 9 wypadków operowanych z pomyslnym rezultatem. Co się tyczy kastracyi przy *infarctus uteri*, to chyba żaden z ginekologów Berlińskich na to się nie zdecyduje, mając tak świetne rezultaty ze sposobu podanego przez *C. Brauna* „*amputatio portionis vaginalis*.“

Kastracyę przy nerwowym rozstroju organizmu, który mógłby mieć związek z jajnikami, *Schroeder* uważa tylko jako *ultimum remedium*, gdzie inne środki zastosowane przez dłuższy czas odmawiały posłuszeństwa i gdzie zjawiska choroby zaczynają grozić życiu pacjentki. 24 Marca 1884 r. dokonał on u młodej 30-to-kilko-letniej osoby kastracyę z częściowem oddzieleniem jajowodów;

<sup>9)</sup> *Gusserow*.—*Charité Annalen* IX Jahrg.



był to wypadek nerwowego cierpienia, mianowicie nieustające odbijanie, najsilniej wyrażone podczas miesiączkowania, ponieważ miało to ścisły związek z miesiączkowaniem i inne środki nic nie pomagały, przystąpił więc do kastracyi.— 28 Lutego 1884 r. dokonał operacyi na 30-to letniej pannie, którą leczył od lat pięciu. Pacjentka uskarżała się na krwotoki z macicy, miesiączkowanie bolesne, szczególnie na tak zwany „*Mittelschmerz*“ ból zjawiający się między dwoma miesiączkowaniami. Bóle na krótki czas ustawały, poczem znowu się zjawiały, po niejednokrotnem wyskrobaniu macicy przystąpił nareszcie do kastracyi. Operacja ta połączona była z myomotomją, ponieważ w samej macicy znajdował się niewielki guz, włókniak. Obie pacjentki po 3 tygodniowym pobycie w klinice zostały wypisane jako wyleczone.— Chciałbym tutaj zwrócić uwagę na ważność kastracyi przy niektórych brakach organów płciowych, gdzie nerwobóle często przyprowadzają chorą do rozpacz. Żywo stoi mi w pamięci wypadek z kliniki prof. *Lambla*, który obserwowałem jeszcze w 1881 r. w miesiącach Kwietniu i Maju jako kurator tej choréj; był to wypadek u 20 kilkoletniej osoby, defectus vaginae, macica mała; miesiączkowania nigdy nie było, silne nerwobóle w okolicach podbrzusza rozgaleziające się do kończyn nie pozwalały jej opuszczać łóżka, a jedyną pomocą z naszej strony było zastrzykiwanie morfiny. Jest wielkie prawdopodobieństwo, że w takich wypadkach kastracya mogłaby źródło choroby usunąć.

Laparatomja przy myomach macicy, albo tak zwana myomotomja nie jest po dzień dzisiejszy bezwarunkowo wskazana. Wielu autorów trzyma się jeszcze iniekcij ergotynowych, inni dowodzą, że nowotwory te w latach zwrotu płciowego zanikają, że wogóle nie szybko rosną i że są skłonne do zwrotnych zmian, albo wskutek ropienia czasami giną. Zwróćmy jednakowoż uwagę na to, jak dalece kobiety cierpią od krwotoków i dolegliwości niemi powodowanych, że my nigdy napewno nie możemy orzec kiedy Climax nastąpi, że nowotwory te czynią kobiety niezdolnemi do zarobkowania, że kobiety ulegają niebezpieczeństwu przy porodzie, jeżeli wcześniej nie nastąpi poronienie, po którym kobiety od septycznego procesu giną i jeżeli nie ominiemy tej okoliczności, że *Schroederowi* przy jego nowszych myomotomjach udało się osiągnąć śmiertelność do 10%, podczas gdy *Pëan* miał przy swoich pierwszych 35%, to musimy przyznać, że w niedalekiej przyszłości kwestya laparatomji przy myomach w duchu przyjaznym dla tej operacyi rozstrzygniętą zostanie.

Obecne wskazania do laparatomji przy mięśniakach ograniczają się do krwotoków, które groźne przedstawiają zjawiska, lub też przy szybkim rozwinieciu nowotworu.

Dnia 14 Marca 1884 r. operował *Schroeder* 36 letnią kobietę u której zauważył guz (mięśniak), rozwijający się od roku 1871 i który w ostatnich czasach szybko rósł, dochodząc prawie do pępka na jakie 2—3 ctm. poniżej; charakterystycznym był dla tego guza brak krwotoków towarzyszących zwykle mięśniakom.

Następnie jako wskazanie do laparatomji przy mięśniakach może służyć niezdolność do pracy u biednych pacjentek. Dnia 13 Lutego 1884 r. operował *Veit* 46 letnią kucharkę, która uskarżała się na krwotoki ciągle przeszkadzające jej w pracy. Przy wyjęciu pokazały się: z tylnej ścianki macicy wychodzący guz wielkości niewielkiego jabłka, z przedniej ścianki jeden większy i dwa małe z bocznych ścianek. Chora po 18 dniach jako wyleczona wypisaną została z kliniki.



W literaturze myomotomji znajdujemy ciekawy wypadek laparatomii <sup>10)</sup> wykonany przez *Schroeder'a* na brzemienną kobietę, gdzie i kobieta ocalała i ciąża skończyła się szczęśliwie. Był to wypadek mięśniaka szypułkowego.

Chciałbym jeszcze pobieżnie wspomnieć o niektórych wskazaniach do laparatomii.

1) *Schroeder* wykonał laparatomję przy haematometra macicznym jednej połowy macicy <sup>11)</sup>. Był to wypadek u 17 letniej dziewczyny u której od 18 miesięcy rozwinęły się objawy jednostronnej haematometra. Chociaż mógł on operować ze strony pochwy, jednakowoż, pomny na wypadek, gdzie później w jajowodzie rozszerzonym przez krew nastąpiło ropienie, zdecydował się na laparatomję i oddalił jajowód napełniony krwią.

2) Raki i złośliwe gruczolaki ciała macicy, jako też szyjki, nowotwory niechętnie operowane przez gynecologów, które jak wyraził się *Runge* w swęj inauguracyjnej mowie w uniwersytecie Dorpackim, stanowią granicę nowoczesnej gynecologii, dają jednakowoż czasem powody do laparatomji. Tutaj jeszcze walczą z sobą dwa sposoby: laparatomja i nadpochwowa amputacja; — *Schroeder* <sup>12)</sup> uważa za najwłaściwsze czyste raki trzonu macicy oddalić za pomocą laparatomji; nie o wiele komplikuje się wypadek, jeżeli rakowate przerodzenie sięga błony śluzowej szyjki; we wszystkich innych wypadkach radzi wyluszczenie przez pochwę z wyłączeniem tych wypadków, gdzie pochwa uległa zmianom starości: stała się atroficzną.

3) *Martin* niedawno zaproponował laparatomję przy okołomaciczych guzach krwawych. Zdanie to rozszerzył w artykule „*Zeitschrift für Geburt. u. Gyn. VIII Heft 2*“, gdzie wyraża się: „Przy wielkich wylewach krwi, które wskutek ostrzej anemii grożą życiu i gdzie wzrost guza każe się obawiać pęknięcia, wtajemniczony w technikę laparatomji zapewne postara się dojść przez laparatomję do worka, ażeby mózdz działać wprost na guz. Co się tyczy leczenia starych guzów krwawych, to można tylko tak długo leczyć wyczekując, póki ogólny stan chorój na to pozwala“. Opisuje przytem wypadki przez siebie operowane.

4) Szereg wskazań do laparatomji w ostatnich czasach wzbogacił Dr. *Veit* wypadkiem, który zwrócił na siebie uwagę świata lekarskiego Berlina.

8 Lutego 1884 r. rozstrzygał on na posiedzeniu gynecologów kwestyę, jak należy się zachować wobec rozpoznanej ciąży jajowodowej. Na zasadzie swoich doświadczeń mówca rozstrzygnął, że kwestya ta tylko na drodze laparatomji rozwiązana być może.

Jakoś szczęśliwym zbiegiem okoliczności mógł już 16 Lutego t. r. czynem potwierdzić wypowiedziane zdanie. Zajmując się w klinice Dra *Veit'a* miałem sposobność przypatrzeć się bliżej temu wypadkowi, który pozwolę sobie tutaj przytoczyć.

Dnia 13 Lutego 1884 r. zjawiała się w jego poliklinice pani Stein, 28 lat licząca, ostatnia regularność 15 Listopada. Z anamnezy można się było dowiedzieć że raz rodziła szczęśliwie, raz poroniła przed dwoma laty, poczem przechodziła *pelvipерitonitis*. Badanie wykazało: macica, cokolwiek powiększona,

---

<sup>10)</sup> *Schroeder* Die Laparatomie in der Schwangerschaft Zeit. f. Geb. u Gyn. B. V. S. 394.

<sup>11)</sup> *Schroeder* Fall von Haematometra in einer Uternshälfte Zeit. f. Geb. u Gyn. S. 202.

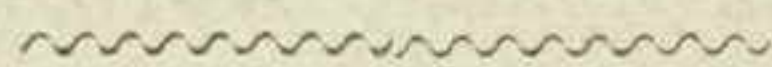
<sup>12)</sup> *Schroeder* Zeit f. Geb. u Gyn. VI Band.



odsunięta ku tyłowi, w małej miednicy w okolicy prawego jajowodu można było wyczuć guz ruchomy wielkości pięści, który pozwalał ściśle odgraniczyć się od macicy; oddzielał go sznurek napięty; przez ściankę pochwy wyczuwał Dr. *Veit* pulsację guza. Dla skontrolowania dyagnozy chorą znieczulono. Chora przybyła do kliniki 15 Lutego; Temp. 37,3 wieczorem; dnia 16 Lutego z rana Temp. 37,5; o godzinie 9-jej min. 18 rozpoczęto ją chloroformować, na jakie 3 minuty przedtém iniekcya morfiny. Cięcie przeprowadzone z góry ku dołowi na lewo od pępka na jakie 3—4 ctm. poniżej prawie do *mons Veneris*; o godz. 9-jej min. 29 guz był już wyjęty; rozpatrzony zaraz przedstawiał worek, który wiele zawierał naczyń, worek miejscami grubszy miejscami cieńszy; wychodził z prawego jajowodu. Podwiązanie szypuły z początku było robione *en masse*, ażeby prędzej można było zbadać preperat; przez ligaturę *en masse* po odcięciu jeszcze krew bryzgała i trzeba było jeszcze kilka ligatur nałożyć. Obok wyjątego guza widać kawał jajowodu z jego otworem. Po otworzeniu worka widać płód 7½ ctm. długości, który o godz. 9 minut 34 wskazywał puls 17 na ½ minuty; o godz. 9 minut 38 bez pulsu.— Oddychanie od samego początku tylko pod wpływem mechanicznego rozdrażnienia, typu żebrobrzusznego. O godz. 9 minut 43 serce na mechaniczne drażnienia nie odpowiadało, reflexy jeszcze utrzymane. Na ranę operowaną nałożono 6 szwów głębokich i kilka powierzchownych. Operacya ze znieczuleniem trwała minut 26. Ranę posypał jodoformem. Najwyższa temperatura 37,8; 4-go dnia chora miała obrzmienie piersi bez gorączki. Decidua oddzieliła się między 3 i 5 dniem. Po 14 dniowym pobycie chora jako wyleczona wypisaną została.

Kto zna niebezpieczeństwo ciąży jajowodowej; ten z przyjemnością powita wskazanie do laparatomji Dra *Veit'a*.

Dr. M. Arnsztein.



### Protokół nadzwyczajnego posiedzenia z dnia 20 Października 1884 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Vice-Prezes *Janiszewski*, Członkowie: *Downar*, *Jaworowski*, *Karo*, *Koziejowski*, *Doliński*, *Schmidt*, *Szulc*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Po zagajeniu posiedzenia przez Prezesa, Sekretarz *Zdanowicz* odczytał odezwę Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, zapraszającą Towarzystwo Lubelskie do wzięcia udziału w uroczystym obchodzie 50-cio letniego jubileuszu Pra Dra *Szokalskiego*, będącego także członkiem honorowym naszego T-wa.

Obecni członkowie jednomyślnie uchwalili wysłać w dniu 25 Października r. b. do Warszawy na posiedzenie uroczyste Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, gdzie ma się obchodzić jubileusz, deputację z trzech członków swoich, z Vice-Prezesem D-rem *Janiszewskim* na czele, dla wręczenia adresu, którego ułożenie poruczono kommisji złożonej z Vice-Prezesa i członków *Dolińskiego* i *Zdanowicza*.

Zarazem upoważniono wzmiankowaną delegację do oświadczenia, w razie ewentualnego uczczenia Jubilata fundacyą jaką naukową lub stypendyjalną Jego imienia, że Towarzystwo Lubelskie z chęcią przyłączy się do powziętych przez Towarzystwo Warszawskie postanowień.

W dalszym ciągu, członek kol. *Downar* w krótkich słowach przedstawił



zebrany zyciorys Szanownego Jubilata i gorącą pochwałą jego pięćdziesięcioletniej, pełnej zasług działalności naukowej i społecznej.

Na tém i zakończono posiedzenie.

Sekretarz **Zdanowicz**.

~~~~~

Protokół posiedzenia z dnia 4 Października 1884 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Vice-Prezes *Janiszewski*, Członkowie: *Arnsztein*, *Chrzanowski*, *Doliński*, *Karo*, *Głogowski*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Po zagajeniu posiedzenia, Vice-Prezes *Janiszewski* odczytał sprawozdanie z czynności oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Jana Bożego w Lublinie za miesiąc Sierpień i Wrzesień 1884 r., które dołączonem jest do niniejszego protokołu, i następnie przedstawia zgromadzonym okaz nieprawidłowego zrośnięcia wewnątrztorbkowego złamania szyjki, kości biodrowej, gdzie po paru latach, przy sekcji robionej wskutek śmierci z innej przyczyny, nieznaleziono śladu skostnienia, pomimo że chory choć niedokładnie ale posługiwał się złamaną kończyną. Preparat zachowano w zbiorach Towarzystwa.

Następnie kol. *Tetz* komunikuje historię chorego, znajdującego się na kuracyi w szpitalu Starozakonnych w Lublinie, mniej więcej następującej treści.

1 Października r. b. przybył z Chełma do szpitala, młody 17 letni starozakonny, z profesyi szewc, po trzytygodniowym chorowaniu w domu, początek choroby znamionował się silnymi bólami w dole podkolanowym prawym, anamneza dosyć ciemna, przed tygodniem uformował się na palcach i przedniej części stopy lewej, pęcherz, który po pęknięciu zostawił jak obecnie te części obnażone ze skóry; stan obecny: serce i płuca zdrowe, dziąsła zdrowe, ruchy tułowia zupełne, lekki obrzęk kostek, wyprostowanie palców ręki lewej niezupełne, (main en griffe) znieczulenie 3-go, 4-go, 5-go palców i odpowiednich części grzbietu i dłoni ręki lewej, znieczulenie i bezwład stopy prawej, częściowe znieczulenie i bezwład stopy lewej. Wieczorem Tra 39^o,3 C. Rano ²/X Tra 38,1 C. Dwa stolce, przy badaniu to samo, śledziona pod siódmym żebrzem. Obrzęk kostek mniejszy. Wieczorem Tra 38^o,6 C. ³/X rano. Bez gorączki, trzy stolce, skarży się na bóle w ręku lewym i nodze prawej. Wieczorem Tra 38^o,6 C. ⁴/X rano. Bez gorączki. Stolec jeden. Część zewnętrzna grzbietu stopy prawej czuła, część zaś wewnętrzna bezczuła. Znaczny zanik mięśni łydkowych obu nóg. Nie rozpoznaje różnicy temperatury ani na grzbiecie stopy prawej ani palcami ręki lewej; czułość skóry na faradyzację zmniejszona, a mięśni prawie żadna w tych samych okolicach. Stawia się tu kwestya dyagnozy, nad którą zawiązuje się dyskusya, wahająca się między zapaleniem rozsianym rdzenia i stwardnieniem en plaques, gdyż raphanie t. j. otrucie sporyszem w obec twierdzenia chorego, usunięto. Zostawiono dalszej obserwacyi.

W dalszym ciągu kol. *Głogowski* odczytuje krytyczny obszerny rozbiór monografii P-ra D-ra *Frerichs'a* Ueber Diabetes; odpis tego sprawozdania dołączony do niniejszego protokołu. Zarazem składa w darze do biblioteki Towarzystwa kilka broszur rozmaitej treści lekarskiej (8) w języku włoskim P-ra D-ra *Arnolda Cantanigo* z Neapolu.

Członek p. *Karo* czyta referat o kwasie osmowym, arbutynie, hydrohynonie, dołączony do obecnego protokołu.

Stan sanitarny miasta Lublina i okolicy bardzo dobry; notowano kilka wypadków zapalenia kataralnego gardła (anginae), gościec, i gorączka zwrotna.

Sekretarz **Zdanowicz.**

SPRAWOZDANIE

z czynności oddziału Chirurgicznego Szpitala Ś-go Jana Bożego w Lublinie
za miesiące Sierpień i Wrzesień 1884 r.

*Podał i czytał na posiedzeniu Towarzystwa
Lekarzy Lubelskich dnia 4 Października 1884 r.
Vice-Prezes Dr. A. F. Janiszewski.*

W miesiącach Sierpniu i Wrześniu r. b. obserwowano i leczono wypadków chirurgicznych ogółem 128, mianowicie szpitalnych 50 i poliklinicznych 78, a z tych:

1)	Chorób chirurgicznych tkanki rogowej, skóry, tkanki podskórnej	
	wypadków	59
2)	„ tkanki mięsnej	2
3)	„ błony śluzowej	9
4)	„ gruczołów	15
5)	„ okostnej i ścięgien	5
6)	„ kości i stawów	26
7)	„ błon surowiczych	5
8)	„ naczyń krwionośnych	4
9)	Nowotworów	3

Pojedyncze grupy rozdzielają się w sposób następujący:

1)	Stłuczeń (<i>contusiones</i>)	9
	Ropni (<i>Abscessus</i>)	11
	Wrastanie paznokci (<i>Incarceratio unguis</i>)	1
	Kaszaki (<i>Atheromata</i>)	2
	Torbiele (<i>Cystae</i>)	2
	Przetoki (<i>Fistulae</i>)	5
	Rany (<i>Vulnera</i>)	18
	Wrzody (<i>Ulcera</i>)	4
	Zapalenie tkanki podskórnej (<i>Phlegmone</i>)	2
	Zgorzel starcza stopy (<i>Gangraena senilis</i>)	1
	Zgorzel samoistna (<i>Gangraena idiopathica</i>)	1
	Czarna krosta (<i>Pustula maligna</i>)	3
2)	Ropne zapalenie mięśni (<i>Myositis purulenta</i>)	2
3)	Wrzód języka (<i>Ulcus linguae</i>)	1
	Przetoka stolcowa (<i>Fistula ani</i>)	4
	Nadżarcie stolca (<i>Fissura ani</i>)	3
	Przetoka pęcherzo-stolcowa (<i>Fist. vesico-rectalis</i>)	1
4)	Wąglik (<i>Anthrax</i>)	4
	Czyrak (<i>Furunculus</i>)	4
	Zapalenie ropne (<i>Adenitis suppurativa</i>)	4

	Zapalenie gruczołów sutkowych (<i>Mastitis</i>)	3
5)	Zastrzał (<i>Panaritium</i>)	4
	Zapalenie okostnej (<i>Periostitis</i>)	1
6)	Próchnienie kręgów i kości bezimiennnej (<i>Caries vertebrarum et oss. innominati</i>)	1
	Próchnienie kości śródstop. (<i>Caries metatarsi</i>)	1
	Próchnienie żeber (<i>Caries costarum</i>)	2
	Próchnienie kości 4-jej śródręcza, 3-jej członka palca 4-go (<i>Caries ossis metacarpi 4 et phalangis 3 digiti 4</i>)	1
	Zgruchotanie palca 3-go (<i>Conquassatio digiti tertii</i>)	1
	Zgruchotanie kości ciemieniowej prawej (<i>Conquass. sclopetaria ossis parietalis dextri</i>)	1
	Złamanie obu kości przedramienia (<i>Fract oss. antibr.</i>)	1
	— 3-ch żeber (<i>Fract. 3 costarum</i>)	2
	— obojczyka (<i>Fract. claviculae</i>)	1
	— ramienia (<i>Fract. humeri</i>)	1
	— kości sprychowej (<i>Fract. radii</i>)	1
	— biodra (<i>Fract. oss. femoris</i>)	1
	Zapalenie gąbcz. stawu łokciow. (<i>Tumor albus cubiti</i>)	3
	— gruźlicze stawu kolanow. (<i>Gonitis tuberc.</i>)	1
	— — — biodrowego (<i>Coxitis</i>)	1
	— surowicze — kolanow. (<i>Gonitis serosa</i>)	4
	— główki i trzonu kości sprychowej	1
	Rozciągnięcie stawu skokowego (<i>Distorsio</i>)	1
7)	Wysięk sznurka nasiennego (<i>Hydrocele funic. sperm.</i>)	1
	— moszen (<i>Hydrocele</i>)	2
	Kamień pęcherza (<i>Calculus vesicae</i>)	1
	Skórzak kolana (<i>Hygroma praepatellare</i>)	1
8)	Naczyniak wargi większej (<i>Angioma labii maj.</i>)	2
	Pęknięcie żylaka (<i>Ruptura varicis</i>)	2
	Krwiostek czaszkowy (<i>Haematoma</i>)	1
9)	Rak sutki lewej (<i>Carcinoma mammae</i>)	2
	— wargi dolnej (<i>Epithelioma labii infer.</i>)	1

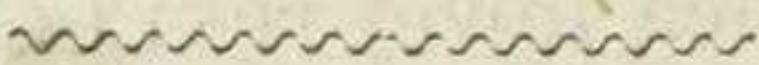
Operacyi większych i mniejszych wykonałem 49, a mianowicie:

	Wyrwanie paznogcia (<i>Extirpatio unguis</i>)	1
	Wyluszczenie kaszaka (<i>Enucleatio atheromatis</i>)	2
	— torbiela (— <i>cystae</i>)	2
	— raka wargi górnej (<i>excisio carcin. labii sup.</i>)	1
	— — sutki z wycięciem przy jednym 4-ch gruczołków podpachowych	2
	— 3-go palca lewej ręki (<i>Exarticulatio</i>)	2
	Wypilowanie główki części trzonu kości sprychowej w stawie łokciowym	1
	Wyłyżeczowanie główki 4-jej kości śródręcza i dolnego członka 4-go palca	1
	Odjęcie goleni (<i>Amputatio cruris</i>)	1
	Wyłyżeczowanie przetok i gruczołów	7
	Operacja przetoki stolcowej	3
	Nałożenie szwów	4
	Przecięć ropni i t. p.	21
	Wyjęcie kamienia (<i>Cystotomia alta</i>)	1.

Z operowanych wypadków, zasługujących na bliższe poznanie, jeden a mianowicie wyjęcie kamienia sposobem Peterson'a, miałem zaszczyt przedstawić Szanownym Panom na poprzednim posiedzeniu; dziś zaś chciałbym wspomnieć słów parę o wypadku ciekawym, nietyle pod względem operacyjnym, ile etiologicznym i leczniczym.

Michał Charenziński, lat 43, w dniu $\frac{3}{15}$ Września przybył z objawami samoistnej zgorzeli stopy lewej, o przyczynach której z anamnezy nic wnioskować nie można. Przed laty dziesięciu przebył tyfus wysypkowy, po którym jednak dosyć prędko wstał i do czasu ostatniej choroby czuł się silnym i zdrowym, co nawet stwierdza wygląd chorego, znacznie młodszy od rzeczywistego wieku. Również zaprzecza stanowczo aby w obecnej porze używał chleba ze świeżego żyta, a nawet twierdzi że w tym roku sporyszu nie spostrzegął. Wskutek czego zatem nastąpiła przeszkoda w cyrkulacji, respective zator żylny, niewiadomo, a tylko w ten sposób powstanie cierpienia objaśnić się daje. Chory, pod obserwacją w szpitalu pozostawał tydzień, po czém ponieważ zgorzel ograniczyć się nie chciała ale powoli i stopniowo dalej się posuwała na stopę a chory na silne bóle się skarżał, zaproponowałem mu odjęcie kończyny w miejscu takim aby następnie wygodnie na szczudle mógł chodzić, na co chory natychmiast się zgodził.

W dniu zatem 24 Września r. b. wykonałem mu operację odjęcia kończyny *in loco electionis* w górnej $\frac{1}{3}$ części goleni, tuż poniżej stawu kolanowego. Operacja sama przez się nieprzedstawia nic szczególnego, chyba to że odbyła się literalnie bezkrwawo, tak że w ciągu operacji jak i po ukończeniu tejże nieodeszła cała łyżka stołowa krwi. Po skończonej operacji umieściłem na dnie rany przeciwnie urządzone sącze, na skórę nałożyłem szew z jedwabiu również antyseptycznego i nałożyłem zwykły opatrunek przeciwnie. Obecnie upływa 10 doba po operacji, brzegi rany zupełnie zlepione, z sącza wydziela się bardzo mała ilość ropy, chory od chwili operacji, słusznie zaliczonej do ciężkich, ani jednej chwili niegorączkował; temperatura stale się utrzymuje między 37° i $37^{\circ},5$. Jest to nowa ilustracja do wartości metody antyseptycznej, stosowanie której nietylko zmniejsza czas gojenia rany, usuwa wszelkie niebezpieczeństwo zranienia, łagodzi cierpienia chorych, ale i niemało zapewnia spokoju stosującym ją lekarzom, jak to stwierdza ogłoszony w gazetach politycznych wypadek z lekarzem w Niemczech, który za niestosowanie tej metody, u pacjentki której wykonywał operację, pomimo tłumaczenia się że za czasów jego studyów nie znano antyseptyki, został skazanym na 2 miesiące więzy.



UEBER DEN DIABETES

von Pr. Dr. Th. Fr. von Frerichs

mit 5 Tafeln. Berlin 1884 bei Aug. Hirshwald.

Sprawozdawca Dr. Feliks Głogowski.

Czytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy gub. Lubelskiej dnia 4 Października 1884 r.

Nowe dzieło autora, znanego od lat 30 Berlińskiego profesora, którego wykłady kliniczne poszukiwane były przez kilka pokoleń młodych lekarzy europejskich i amerykańskich, mogło zainteresować wszystkich, a każdego zajmującego się bliżej tym przedmiotem zachęcić do starannego nad nim studyum.— Najważniejszym nabytkiem naukowym są wyniki jego badań drobnowidzowych na preparatach, wziętych z różnych narządów przy 55 sekcjach diabetyków, z krytycznym wyróżnieniem powstałych następnie zmian.

W systemacie nerwowym najczęstsze zmiany znajdowano w rdzeniu przedłonowym, w moście Varole'a, i w mózdzku, a między innymi sześć nowotworów różnej postaci; w rdzeniu kręgowym szyjowym raz jeden zauważono zanik rogów przednich.

Za zmianę stałą autor podaje silne rozszerzenie naczyń włosowatych i drobnych krwionośnych, oraz ślady dawnego i świeżego wynaczynienia krwi. O stopniu tego rozszerzenia dają już wyobrażenia porównawcze wymiary kalibru tętniczki wchodzącej w piramidy, 55 milimetr., gdy ta sama normalnie mierzyła 35 m., i żyły przy jądrze nerwu błędnego u spodu 4 komórki mającej 225 m., gdy normalnie w tém miejscu przedstawia 50 m. (str. 138).

Pomysł ten porównawczego mierzenia kalibru naczyń przy badaniu przyczyn chorób, powzięty przez *Benekego*, i przez niego, pomimo wszelkich trudności, jakie się tu znajduje, zastosowany przy chlorozie przedstawia nadzieję jeszcze nowych nabytków, i wykonywanie jego przez profesorów jak *v. Frerichs*, *Virchow* i innych dowodzi że nie została wraz z Benekem pogrzebana.

W nerkach jako stałą zmianę podaje autor cukrорodne zwyrodnienie (glycogene Degeneration) znacznie rozszerzonych petli Henlego. Przy wysokim stopniu tego z wyrodnienia, miejsca te już i bez szkieł odznaczają się ciemnym odcieniem. Po traktowaniu roztworem jodogummowym, przedstawiają się pod drobnowidzem jako wielokątne komórki z jądrem, podlegające różnemu zabarwieniu, cechującemu właściwość cukrорodu. Autor przypisuje zwyrodnienie to nabłonka ciągłemu nasiąkaniu jego glikozą. Chociaż Prof. Armanni, przed 10-ciu już laty dostrzegał te ciała do białych kulek krwi podobne, jak to Prof. Cantani ¹⁾ w odczycie XIV podaje, lecz nie używszy odczynników chemicznych nie wykazał ich charakteru cukrорodnego, zbadanie zatem tych właściwych cech i określenie jako stałe zmiany u diabetyków stanowi zasługę naukową Profe. *Frerichs'a*.

Czas trwania choroby, podług autora, bywa różny, od kilku tygodni do

¹⁾ Dr. Arnaldo Cantani, Le diabete sacré et son traitement dietétique. Paris 1876.

lat 15 i więcej; przytacza chorego zostającego od lat 20 w jego kuracyi; autor uznaje w przebiegu téj choroby peryody przepuszczające (*intermissio*), opisuje 13 wyleczeń; niepodaje wszakże typu tych *intermissi* a zatem pozbawia możliwości odróżnienia *intermissi* od wyleczenia i recydywy. Przy wymienianiu chorób następnych, przy których nastaje śmierć, na str. 132, z 250 zejść śmiertelnych wykazuje 18 z wyniszczenia ogólnego (*marasms*) 34 z suchot płucnych, 7 z zapalenia płuc (między niemi 4 zgorzeli). Na str. 140 z 55 sekcji podanych 21 suchot płucnych, 9 zapalenia płuc (7 zgorzeli). Wypadki te albo nie mieszczą się w poprzedniej ogólnej liczbie 250, albo téż liczby mylnie podane, a przeto i wartość ich statystyczna stracona. Dalej 8 zapaleń nerek, z wąglika (*anthrax*), 1 zgorzel goleni, 10 paraliżu mózgowego wskutek wylewu krwi, 2 rozmięczenia mózgu, 3 zapalenia opon mózgowodzeniowych. W pozostałych wypadkach, gdzie śmierć następowała przy objawach porażenia mózgu, a żadnych zmian miejscowych nieznajdywano, autor podciąga je pod śpiączkę (*coma diabeticum*), który to stan stanowi *szczególny przedmiot jego pracy* (str. 79).— Według niego, każdy diabetyk zostaje zawsze pod zagrożeniem nagłej śmierci, 1-o już to nagle przy objawach omdlenia, porażenia serca, zapadu, 2-o już i to częściej z utratą przytomności, bredzeniem, śpiączką—często z niepokojem i dusznością i 3-o bez niepokoju i duszności.

Do przyczyn okolicznościowych mogących wywołać śmierć autor zalicza zmiany w stanie zdrowia na pozór błahe jak: brak wypróżnienia stolcowego, katar żołądka, *epulis amygdalitis*, oraz wrażenia moralne, wysilenia fizyczne, i dodaje że czasem i takich zmian odnaleźć nie można. Z rozpatrywanych w tem miejscu znanych mu 400 wypadków, podaje że znaczna część umarła nagle, niewyrażając stosunku częstości w liczbach (wstrzymując się do zejścia jeszcze żyjących); ocenia jednak że ten stosunek nie jest mniejszy od stosunku śmierci z suchot płucnych. Z 1-jej grupy podaje 4 historye jednodniowego okresu choroby. Z 2-jej—14 opisów choroby, po kilku dniach zakończonej śmiercią, tu zwraca uwagę na właściwą woń owocową lub acetonową w wyziewach. Z 3-jej grupy 3 opisy wypadków nagłych i 4 przewlekłych.

Autor starannie rozbiera istotę *coma diabeticum*, i dochodzi tego:

1-o. W zmianach centrów nerwowych; nieprzeczy że ważne obrażenia mózgu, jak *apoplexia sanguinea*, *encephalomalacia*, *meningitis acuta* lub *chronica* mogą spowodować śmierć diabetyka z objawami śpiączki, bródnienia i drgawek, lecz jednak odróżnia te stany od śmierci z *coma diabeticum*, po której dokonane oględziny pośmiertne niewykazały ani w substancji mózgowej ani w stanie napełnienia naczyń krwionośnych mózgu zmian stosunkowo dosyć znacznych, aby do nich odnosić przyczynę śmierci.

2-o. Po badaniach drobnowidzowych i widmowych, ponieważ nieznalazł w kształcie kulek krwi zmian morfologicznych, które przypuszczano jako skutek mocniejszego nasycenia glikozą, ponieważ nie dostrzegł zjawisk podobnych do tych jakie znajdowano przy zgęszczeniu krwi cholerycznym, ponieważ przeciw téj hipotezie przemawiać się zdaje niestały i nieodpowiedni stosunek wydzielania moczu, jako też nieudane próby lecznicze z wstrzykiwaniami roztworów soli—odmawia pod tym względem znaczenia zgęszczeniu krwi przez glikozę, nie objawiając jednak swego zdania o zmianach jakie ztąd powstają w funkcjach tak fizyologicznych, jak i chemicznych.

3-o. *Coma diabeticum* odróżnia od *coma uraemicum* mianowicie ciągle trwającym wydzieleniem się moczu. *Suppressio* zaś *urinae* w mocznicy, wskutek współczesnego zniszczenia działalności nerek (*nephritis*) całkiem inaczej się przedstawia, jak opisuje w historyi chorego Nr. 26, z drgawkami (str. 112).

4-o. Zaprzecza przypuszczeniu zatorów tłuszczowych (Fettemboli), jak to *Sanders* i *Hamilton* ze znalezionych w naczyniach płuc i wątroby kropelek tłuszczu wnosili, ponieważ ani on, ani obaj wyż wymienieni autorowie tych kropelek nie znaleźli w naczyniach krwionośnych mózgu diabetyków zmarłych z objawami coma diabeticum.

5-o. Po długich poszukiwaniach wspólnych z Drem *Rupsteinem*, i następnie z Drem *Salomonem* i Prof. *Briegerem*, przyznaje że wyziewy diabetyków wydają woń owocową czy acetonową, że z moczu ich daje się otrzymać aceton, zaznacza jednak że niewiadomo gdzie i jak powstaje, jakie jest działanie szeregu przemian glikozy na aceton,— że dozy 10 i 12-tu grammowe acetonu zadawane przez autora zwierzętom i ludziom nietylko nieokazały się trującymi, lecz nie sprowadzały wcale objawów podobnych do coma diabeticum, i w moczu ich nie było nigdy śladów acetonu; a gdy zkadinał mianowicie z doświadczeń von *Jaksch'a* i autora wiadomo, że ślady acetonu znajdują się w moczu bez przypadłości komatycznych, doszedł do przekonania że acetonaemia nie jest przyczyną stanu komatycznego, i że ani aceton, ani kwas aethylodiacetowy, który się rozpada na wyskok, aceton i kwas węglany nie są trującymi, i że nie do ich działania należy odnosić zatrucia, znajduwanego u diabetyków w coma diabeticum zostających, jak to utrzymywali *Peters*, *Kaulich*, a później głównie *Cantani*.

6-o. Występuje autor przeciwko zdaniu *Ebsteina*, który przyczynę powstawania objawów komatycznych upatrywał w nekrotycznych zwyrodnieniach nabłonka kanalików moczowych i w powstrzymaniu przez to wydzielania pierwiastków szkodliwych, uznaje tylko cukrородne zwyrodnienie (glykogene degeneration) błon śluzowych kanalików moczowych wszystkich diabetyków, a zatem i tych co z objawami komy i co bez nich zmarli.

7-o. Autor niesprawdził też ani zatrucia kwaśnego, jakie *Stadelmann* przypisuje kwasowi b. krotonowému, gdyż nieosiągnął zatrucia po zadaniu królikom i świnkom morskim do dwóch grammów tego kwasu, ani u diabetyków nie znalazł mniejszego stopnia alkaliczności krwi (286 i 295 mgr. za 100 cent. sześć).

Ostatecznym wynikiem badań autora co do coma diabeticum jest, że w razach, podobnych do tych jakie zebrał w 1-jej grupie, *śmierć nagle*, przy objawach porażenia serca, bez bredzenia, bez właściwej owocowej lub acetonowej woni w wyziewach, gdzie mocz chlorkiem żelaza nie zabarwia się *jest skutkiem degeneracyi mięśni serca i ich zaniku*.

Jako przyczyny okolicznościowe przytacza wysilenia, naprężenia mięśniowe, co nawet najczęściej przyspiesza śmierć. W razach zaś podobnych do 2-jej i 3-jej grupy, gdzie scenę przedśmiertną rozpoczyna ból głowy, senność z bredzeniem, zapad, coma ze zmianami w moczu o wyziewach, cechującymi cały szereg przemian odbywających się we krwi, i mających jako ostatni znany nam produkt aceton, autor widzi zatrucie sui generis, które mu się podobało nazwać *intoxicatio diabetica* (str. 121).

Dla jaśniejszego poglądu na sprawę diabetyczną autor uważa za właściwe oprócz *glykozuryi* wykazać lekki i ciężki diabetes, z odpowiednimi modyfikacjami w przebiegu, trwaniu i zakończeniu, stosownie do przyczyny i zmian patologicznych organów. Podział ten jednak traci na wartości, w obec twierdzenia autora (str. 191), że często forma lżejsza przechodzi w ciężką w której wydzielanie glikozy w moczu zmniejsza się ale nieustaje pomimo zupełnego powstrzymywania się od używania węglowodanów, a powiększa się w ciągu już godziny po zjedzeniu chleba i t. p.— Dalej rozróżnia diabetes z powiększeniem ilości moczu 6 do 12 litrów z szybkim upadkiem odżywiania i diabetes sine

polyuria czyli decipiens, a takich wspomina że widział więcej 30 przypadków. W téj formie często glykoza bywa niewykryta.

Ustanawia grupę diabetes wskutek zaburzeń czynności nerwowych (str. 186): *a)* jako następstwo organicznych chorób mózgu, podaje 7 opisów chorób, a w tych 3 zaniku nerwu wzrokowego i amblyopii przy meningitis chronica, *b)* przy chorobach umysłowych z objawami porażenia ogólnego, co proponuje nazywać diabetes accidentalis, uważając za główną chorobę cierpienie mózgu, daje 4 opisy z tych w 2-ch wymienia utratę wzroku, niepodając badań oftalmoskopowych, jeszcze częściej (?) przy hemicranii i nevralgia occipitalis. *c)* bardzo często wskutek wzruszeń moralnych, *d)* wskutek skaleczeń, obrażeń głowy (8 razy) *e)* wskutek drażnienia nerwów periferycznych— (forma zwrotna) a mianowicie nerwu błędnego, n. trójdzielnego i kulszowego, z tych część opisana przy glykozuryi (str. 53), jak wypadek uleczony, który się rozwinął po ciężkiej operacji ocznej (str. 214).

Daléj wymienia autor grupę diabetes wskutek chorób zakaźnych, w czem prawdopodobnie pośredniczą zmiany, wywołane w centrach nerwowych chorobami jak diphtheritis, cholera, typhus, scarlatina, febris recurrens,—a daléj podaje grupę chorób jak dna (10 razy) syphilis i obesitas, bez wypowiedzenia swego pojęcia o związku i wspólności tych chorób z diabetes.

Przy grupie diabetes z chorobami trzustki, powołując się na swoje dawniejsze prace, i prace *Heidenhein'a*, *Klebs'a*, *Munka* o braku wpływu tego organu na wydzielenie się glykozy w moczu, przypuszcza jedynie drażnienie plexus coeliacie, wskutek zapalenia lub narośli w tym organie, przytém opisuje dwa bezpośrednie wypadki diabetes obok zapalenia i ropienia trzustki.

Przy grupie chorób wątroby utrzymuje że ani częste kamienie żółciowe, ani żółtaczka ani cyrrhosis hepatis niewpływają ani na przebieg ani na objawy diabetes; 2 razy powstał diabetes wskutek urazu wątroby (str. 249).

Wyróżnia diabetes u dzieci (zdradzający się enuresis we śnie) od diabetes u starców, który dłużej się ciągnie i mniej jest niebezpieczny. W końcu ustanawia autor formę przepuszczającą i z zaziębienia. Téj ostatniej istnienie dowodzi opis choroby 20 letniego chłopca z gróźlicą płucną po matce, zdaje się odziedziczoną, i drugiego również suchotnika; w trzecim wypadku zanotowano jedynie nieżyt oskrzeli.

W żadnej jednak z tych form niepodano cech wyróżniających (oprócz że sine polyuria) ani zmian w okresach choroby, których jakby wcale nieuwzględniono.

Po wyleczeniu tych form, zdawałoby się zbytecznym powtarzanie o przyczynach diabetes, gdyż to z poprzedniego wypływa, autor jednak temu poświęca kilkadziesiąt stronic, raz przy glykozuryi (25—60), drugi raz przy biabetes (184—190). Między innemi należy wspomnieć o zatruciach, zaczawszy od powszechnie znanych po użyciu curare i t. d. do mniej znanych jak po użyciu kwasu orthonitrophenylpropiolowego; wymienia zatrucia ostre—kwasem siarczanym; przetworami rtęci chronicznie—alkoholismus, pomimo że tego ostatniego momentu przyczynowego niestwierdziły jego badania własne. Związku między następstwami wywołanemi temi środkami w organizmie, autor nie wykazuje, jakkolwiek, gdyby te następstwa były stale jednakowe we wszystkich zatruciach, mogłyby to mieć bardzo nauczające znaczenie. Między okoliczności usposabiające do diabetes, autor zalicza dziedziczność, plemienną, zbytnią otyłość, płeć (mężką) i późniejszy wiek (mianowicie na 400 wypadków: 206 między 40 a 60 rokiem życia).

Co do płci na 400 chorych, kobiet było tylko 108. Postrzeżenia *See-*

gena z Karlsbadu są podobne. Liczba ta uderzająco mała z uwagi, że liczne porody, częste zatywanie autor sam wymienia jako okoliczności sprzyjające powstaniu słodkomoczu, a inni autorowie częste i przeciągłe karmienie dzieci uznają za okoliczności powodujące słodkomocz a nawet najcięższy diabetes. Przywyknienie ustroju do wytwarzania znacznej ilości laktozy (cukru mlecznego) bardzo prawdopodobnie usposabia do wytwarzania i wydzielania cukru gronowego.

Moje spostrzeżenia jakkolwiek stosunkowo nieliczne wykazują większą liczbę kobiet jak mężczyzn, a w obecnej chwili Szanownym kolegom wspólnie znanych diabetyków w mieście, stosunek wprost jest odwrotny, na 1-go mężczyznę są trzy kobiety. Być może, że mężczyźni łatwiej wyjeżdżają szukać dalej rady lekarskiej, kiedy matki zostają na miejscu przy rodzinie.

Dziedzicznych było 39 na 400 wypadków, a na tyleż 109 żydów (już dawniej na to *Seegen* zwrócił uwagę); pochodzenie zatem i rasa zdają się mieć tu wpływ, — żadnych jednak cech charakterystycznych nie podaje. Ja bym to przypisał gorliwości w leczeniu się, ofiarności bogatszych dla biednych i wierze w szczęśliwość lekarza. Ztąd to prawie wszyscy diabetycy żydzi z najoddalniejszych stron przedstawiają się u P-ra *Frerichs'a*, i u źródeł Karlsbadzkich, kiedy wielu z nieżydów pozostają na miejscu. Wracając do dzieła autora, w podanej etyologii zaznaczam w niej brak usiłowania do wykazania związku skutku z przyczyną, — a gdzie leży wspólność sprawy u starego człowieka, opasłego, kaleki, z wyznawcą Mojżesza, nie stara się autor wyjaśnić. Wprawdzie w przedmowie swój Szanowny autor zapowiada że tylko część zdobytych przez siebie danych i przewodnich myśli ogłasza, tém niemniej brak tej całości dotkliwie daje się uczuć czytelnikowi, mianowicie w dziale o istocie choroby.

Początkiem tak słodkomoczu jak i lekkiego i ciężkiego diabety jest zawsze mocniejsze nasycenie krwi glikozą, po nad 0, 1 do 0, 4% i więcej. — W zamieszczonej tablicy autor wykazuje, że nasycenie moczu glikozą nie zawsze odpowiada nasyceniu nią krwi, co zostawmy dalszemu sprawdzeniu.

Na pytanie zkad pochodzi nasycenie większe krwi glikozą wyjaśnia to albo zmniejszeniem dalszej jej przemiany, albo powiększeniem jej wytwarzania się (str. 270). Jak w stanie normalnym, glikoza znajduje się we krwi, w nabłonkach i t. d. tak i w diabetes. tylko w mocniejszym nasyceniu a oprócz tego w nerkach. Wpływ nerwowy na tworzenie się i dalszą przemianę glikozy (jak w mięśniach przy ruchach dowolnych) działa bezspornie w wątrobie, co zresztą dowiódł *Cl. Bernard*, skaleczenie bowiem 4-jej komórki w wiadomem miejscu, tylko wtedy sprowadzało słodkomocz, kiedy glikogen był w wątrobie. Z badań drobnowidzowych preperatów wyjętych z wątroby dwu żyjących! diabetyków i porównanych z takimiż niediabetykami wnosi autor (str. 272 Tab. I) że tworzenie się cukrorożu (glikogenu) zmniejsza się odpowiednio do postępu choroby i w końcu zupełnie znika, a wtedy krew żyły wrotnej, zawierająca cukier z kanału pokarmowego czerpany, nie podlega już w wątrobie przemianie glikogenicznej, i bezpośrednio przechodząc do większego krwiobiegu powiększa nasycenie glikozą. Tu powołuje się na doświadczenia *Külza*, który w półgodziny po zażyciu krochmalnych i cukrowych pokarmów przez diabetyków znajdował powiększenie glikozy w moczu. Szanowny P-r *Frerichs*, który miał odwagę zdobywać na żyjących kawałki wątroby do badań drobnowidzowych, nie miał odwagi zestawić swoich własnych spostrzeżeń klinicznych co do chorych, podległych różnym innym zwyrodnieniom wątroby (stłuszczeniu po zatruciu fosforem, ostry zanik żółty, a choćby i marskość) podanym na str. 43, 44 i 45 i które przy ustanowieniu pojęcia o istocie choroby diabetes i powtórnie jeszcze na str. 192, uwzględnić obiecał. W 17 takich wypadkach zadawany cukier gro-

nowy (do 200 grammów) wcale niesprowadzał słodkomoczu a w 2-ch, tylko małe ilości się okazały. Jednakże ani w stłuszczeniu ani w zaniku komórek wątroby o odbywaniu się sprawy cukrorodnej mowy być nie może. Te właśnie spostrzeżenia kliniczne odejmują w części znaczenie spostrzeżeniom mikroskopowym. Boas, ścisły sprawozdawca tejże monografii w „Berliner klinische Wochenschrift“ Nr. 36, str. 580, powiada, że choroby wątroby, które podług *Cl. Bernarda* powinny wpływać na wydzielanie się glikozy, z obserwacji *v. Frerichsa* niemają żadnego na to wpływu, że u diabetyków przestaje cukroród wytwarzać się w wątrobie (str. 582) z pierwiastków cukrowych, doprowadzanych ze krwią żyłą wrotną, że temi krew w wielkim obiegu nasycza się nad normę.

Wszedłszy raz na drogę zarzutów, przytoczę jeszcze jedną niedokładność: na str. 73, autor powiada że ani razu nie dostrzegł uszkodzenia słuchu, smaku lub powonienia, tymczasem w historii choroby (str. 230) (str. 101, str. 60 zmiany słuchu), na str. 209, i 228 zmiany pośmiertne w nerwie słuchowym opisuje. Z mojej praktyki, pamiętny mi jest diabetyk, który od początku miał słuch przytępiony. W ogóle pathologia zmysłów w dziele autora nie jest należycie uwzględniona, w szemacie tablic mieści się przy nerwach w ogóle, a okulistyka sama, posiadająca takie prace, jak Szanownego członka honorowego naszego Towarzystwa *Gałęzowskiego* i wielu innych zebranych przez *Lebera* w archiwie *Graefego* ²⁾, podniosła zmiany w oczach znajduwane oftalmoskopem do pierwszorzędного znaczenia nie tylko w rozpoznaniu ale i w zapatrywaniu się na tę chorobę.

Objaw tak ważny jak silnie wzmnożone pragnienie nie jest wcale uznany za niezbędny ani wyjaśniony. Ztąd autor nie wypowiedział czy można i czem pozwalać je zaspakajać, czem i w jaki sposób podany środek, opium, na zmniejszenie pragnienia działa, nieuwzględnia nasycenia krwi glikozą, a stawia ten objaw tylko na równi z pragnieniem przy diabetes insipidus, i pozwala się domyślać tylko pojęć autora.

W leczeniu za główne zadanie uważa autor, tak urządzić sposób życia chorego, ażeby można ograniczyć, zmniejszyć nieprawidłowość wymiany pierwiastków i odnowy ustroju, a nawet zastąpić utraty w jego tkankach, do czego na pierwszym planie stawia spokój ducha, usunięcie chorego od zajęć i przykrości, na drugim utrzymanie czynności skóry, staranny systematyczny ruch na świeżem powietrzu, czynności mięśni bez wysilen i odpowiednie pożywienie, w czem wiele acz nie wszystko przypisuje ograniczeniu w użyciu węglowodanów, pozwalając na małe ich używanie; wszystko to zbyt zwięźle wypowiedziane, przy czem autor nieomieszkiał wypowiedzieć się przeciw użyciu chleba z otrąb, z migdałów, kuracyi mlecznej *Donkina* i t. d., pozwala wino czerwone i napoje alkoholice niesłodkie, nawet piwo. Z lekarstw narkotycznych daje pierwszeństwo opium, mającemu zmniejszać pragnienie, regulować wypróżnienia stolcowe i wydzielenie moczu, oraz trawienie i wpływać na zwiększenie wagi chorego. Z własnego doświadczenia zaleca dozy duże takowego bez obawy złych następstw, nie wspomina jednak że już dawniej *Rollo* a przed 50 laty *Gregor*, a następnie inni szczególnie *Pavy*, *Duchek*, dziennie do 16 granów Extr opii z dobrym skutkiem używali. Przy braku skutku, radzi zaprzestanie dalszego użycia.

Następnie poleca dwuwęglan sody, nie przyznając stałej skuteczności emu środkowi, znowu nie wymieniając zasług tych, którzy pierwsi na drodze rozumowań doszli do właściwości jego użycia. Jednak zdawałoby się nam właściwszem wymienić tych, których prace się przydały niż tych, których się odś

²⁾ Th. Leber. Ueber die Erkrankungen der Augen bei Diabetes mellitus. (Albert v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie. 1875 XXI Band., III Abtheilung p. 206.

rzuca. O kwasie karbolowym, salicylowym, o naléwce jodowej, arszeniku i chloralu, i o elektryczności, wspomina jedynie dla zaprzeczenia im wszelkiej skuteczności, choć lista taka mogła by być o wiele dłuższą.

Na koniec z przyjemnością wraca do wspomianej kilkakrotnie w dziale teorii *Cantoniego*,—że zalecany jako środek zastępczy kwas mleczny jest bez skuteczny. Z mojej strony dodam że *Cantani* używa współcześnie natrum bi carbonicum i wylicza ogromną (największą w Europie) ilość chorych wyliczonych. Dalej ostrzega v. *Frerichs* przed użyciem Gliceryny (podług *Schultzena*) również jak baniek suchych, i pryszczydeł na skórę. Na jodoform, zalecany przez *Moleschott'a*, daje przepis do zapisywania w lekkich formach choroby. Po nad węglany sody wyszczególnia wody alkaliczne jak Karlsbad, Neuenahr i Vichy, z tych zaleca tylko Karlsbad, przy użyciu których widział wyleczenia i znaczne choć czasowe polepszenia. Raz jeden zdarzyła mu się biegunka krwawa, która zmusiła chorego do przerwania kuracyi, drugi raz wiadomy mu wypadek, gdzie z powodu pogorszenia się choroby płuc u chorego, który tam pojechał bez jego zalecenia, również musiano przerwać kurację; jakkolwiek inni lekarze nie przypisują Karlsbadowi takiej skuteczności, nie wdając się w rozbiór tego, co tam pomaga czy woda czy zmiana warunków życia, radzi innym i sam obiecuje tam tylko wysłać diabetyków, gdyż kurację u źródła uważa za najskuteczniejszą.

Co prawda, empiryzm nie wymaga wyrozumowania ani racjonalności, lecz powinien uznawać i doświadczenia innych, otóż lekarze francuzcy mają wyleczonych przez Vichy a który z lekarzy niewidział diabetyków, wracających z Karlsbadu bez wyleczenia, pomimo ścisłego zachowywania przepisów i rad takich kompetentnych jak D-ra *Segen* i *Hassewicza*? Z moich chorych ani jeden nie wrócił uleczonym, a niektórzy nawet ucierpieli raczej z trudów odległej podróży, z wygód mniejszych jak w domu, z tęsknicy i rozłąki z swoimi, czego można i należy inikać o ile warunki osobiste chorego pozwalają na urządzenie ściśle dla chorego stosownego sposobu życia i na prowadzenie kuracyi poza przepełnionym Karlsbadem.

Po tém przedstawieniu dzieło P-ra v. *Frerichs'a* o diabetes, wydaje się ono być tylko obiecującym programem sławnego profesora, który zwykł z biegłością dopełniać ustnemi szerokimi wywodami naukowemi to czego w dziele niedopisał. Autor odznacza się staraniem w wyliczaniu bezzasadności teorii i bezskuteczności leczenia *Cantaniégo* i *Donkin'a*, pilnie omija pojęcia francuzów szczególnie w teorii, i w ogóle woli wiele przemilczeć, jak narazić się na zarzuty lub zaprzeczania. Wydanie i rysunki staranne.

Protokół posiedzenia z dnia 4 Listopada 1884 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Członkowie: *Downar*, *Dziwiszek*, *Głogowski*, *Jaworowski*, *Karo*, *Podgórski*, *Schmidt*, *Serafiński*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Odczytano protokoły posiedzeń z dnia 4 Października i 20 Października roku bieżącego, które przyjęto i podpisano.

Kolega *Jaworowski* zdaje sprawę z bytności delegacyi Towarzystwa na obchodzie jubileusza Dra *Szokalskiego*.

Następnie stosownie do uchwały, zawartéj w protokóle nadzwyczajnego posiedzenia z dnia 20 Października, r. b. zebrano między obecnymi członkami

składkę, na fundusz stypendyalny imienia jubilata, i listę postanowiono rozesłać członkom nieobecnym i zamiejscowym dla przyjęcia udziału.

Członek p. *Karo* odczytuje swoją pracę o rozbiórce moczu, wykrywaniu w nim białka, cukru, krwi i innych części składowych, ze szczególnym uwzględnieniem technicznych sposobów, najwięcej uproszczonych i dostępnych, za pomocą papierków odczynnikowych, których okazy przedstawia zebrany.

Daléj kol. *Schmidt* zakommunikował Towarzystwu przypadek rany postrzałowej prawej przedniej strony czaszki u dziecka 3-letniego z zejściem śmiertelnym.

Historia tego wypadku następująca:

Dnia 28 Września r. b. wieczorem przez matkę przywiezioną została do szpitala Ś-go Wincentego á Paulo, trzechletnia dziewczynka Anna Postój z raną postrzałową w prawej przedniej części kości ciemieniowej.

Matka objaśniła że mąż jéj, karbowy w majątku Z. wróciwszy z nocnej straży nad ranem, postawił nabitą broń w rogu stancyi za łóżkiem, rano zaś wyszedł w pole, dokąd za nim około 9-jej godziny i ona się udała, zostawiając w mieszkaniu troje dzieci, dwóch chłopczyków, jednego 9-cio, drugiego 6-cio letniego i trzyletnią córeczkę Annę. W krótce przez sąsiadów została zwróconą do domu, gdzie zastała ową dziewczynkę, zbroszoną krwią, leżącą na podłodze a obok niej wystrzeloną broń (pojedynkę).

Dziecię budowy prawidłowej, dobrze odżywione, senne, twarz blada przedstawia wyraz ciężkiego cierpienia, źrenice zwężone, brzuch wzdęty, puls 120, oddechów 40 na minutę.

Na przedniej części głowy z prawej strony widać ranę podłużną, idącą ku tyłowi, długość $7\frac{1}{2}$ centymetrów. Brzegi rany z przodu w $\frac{2}{3}$ jéj długości są równe, oddalone od siebie na 2 centym. W środku na 3 centym., w tylnej części są rozerwane, pokryte są skrzepłą krwią i białoszarawą miękką masą (substancja mózgowa).

Oczyściwszy o ile się dało ranę, znaleziono z przodu obszerne, ruchome zagłębienie strzaskanéj czaszki po za którym ku tyłowi dawała się wyczuć znaczna ilość nierównych odłamków kości ciemieniowej, na podstawie miękkiej. Przy usuwaniu owych odłamków, i oczyszczeniu rany, wydzielał się ciągle w ranę mózg, który zarówno i przy każdym płaczu dziecka w całej ranie występował.

Zalecono okłady niezbyt zimne na głowę i mleko.

1/X. Brzegi rany czernieją, skóra na całej powierzchni prawej górnej i bocznej staje się brudno-zieloną, ugina się pod dotknięciem, w tylnym kącie rany mózg wypełnia całą przestrzeń,—zgrzytanie zębami, źrenice zwężone, bezsenność, pragnienie, wypróżnień dwa. (Puls 120 Tra 40°).

2/X. Temp. 38°,7. Pragnienie się powiększa, rana bez zmiany, skóra staje się ciastowatą, po nacięciu jéj wypływa płyn surowiczokrwisty, a następnie ukazał się mózg.

3/X. Dziecko spało 5 godzin, twarz zapadła, pareza obu kończyn lewych. Rana ciągle wypełniona skrzepami krwi i mózgiem. Ropienie nieznaczne.

4/X. Dziecię niespokojne, pragnienie duże, wypróżnień 5, T-ra 40°3 i 39°8. Skóra głowy po za raną ciemno-oliwkowa. Rana bez zmiany.

5-o. Stan ten sam, odrzuca napój (mleko).

6-o. Drgawki ogólne, szczękoscisk.

7-o. W nocy drgawki rzadsze, nad ranem się wzmagają, rano dziecko zmarło.

Sekcyę z urzędu tegoż dnia wykonał o 2-ój w południe kol. *Jentys*, w obecności sędziego śledczego.

Trup w stanie stężenia pośmiertnego, palce obu rąk w dłoniach ściśnięte, na zewnętrznej powierzchni ciała oprócz rany głowy, nieznaleziono obrażeń.

Rana głowy z prawej przedniej strony czaszki długości i szerokości jak wyżej, z tyłu rany na kościach ciemieniowej i potylicowej kolor skóry ciemno-oliwkowy.

Po krzyżowym przecięciu i oddzieleniu od kości części miękkich, wewnętrzna powierzchnia ich koloru ciemno-szarego, (po pod nią cały nabój odbity od kości ześliznął się i uwiązł niżej między skórą i kością potylicową, z kąd przy oddzieleniu wypadły 17 śrócin i jedna łoftka.

Zmiany w czaszce—przy połączeniu kości ciemieniowej z czołową z prawej strony znajduje się otwór okrągły średnicy $3\frac{1}{2}$ centym., o brzegach nierównych, w przedniej części t. j. w kości czołowej odłamek kości zwrócony ku wnętrzu, w tylnej części znaczny brak kości ciemieniowej, która w całej długości pęknięta jest ku tyłowi, oraz w drugim kierunku ku wewnątrz do połączenia z drugą kością ciemieniową.

W miejscu odpowiadającym otworowi w czaszce błona twarda, pajęcza i miękka mózgu zniszczone, jako też i dalsza substancja mózgu, którego pozostała powierzchnia pod błoną pajęczą i między zawojami pokryta jest obfitym blade-szarawym wysiękiem. W zagłębieniu 3-go zwoju obszerny ropień. Na przekroju mózgu liczne punkta krwawe. Sploty naczyniowe przekrwione.

W organach, klatki piersiowej i jamy brzusznej przekrwienia.

Przy tej sposobności kol. *Jaworowski* wspomina o analogicznym wypadku, obserwowanym przezeń wspólnie z kol. *Janiszewskim*, w szpitalu S-go Jana Bożego, przed kilku laty, gdzie kilkunastoletni chłopak z podobną raną postrzałową, stosunkowo dosyć długo bo parę tygodni żył, nawet chodził, a potem nagle zmarł, a przy sekcyi znaleziono obszerne zniszczenie substancji półkuli mózgowej lewej, zamienionej w worek błoniasty składający się z błony mózgowej i rozpadłej substancji mózgu. Stałym objawem była tu aphasia w pierwszych dniach.

W dalszym ciągu kol. *Tetz* zdaje sprawę ze stanu zdrowia, chorego wzmiankowanego w poprzednim protokole, wycieńczenie jego się wzmacnia, (atrophia) zanik mięśni również, gorączka z przerwami, nieczułość mniejsza, ale stała; zaprasza interesujących się kolegów do odwiedzenia go w Piątek 7-go Lutego o godzinie 12-ój.

Daliej przytacza obserwowany przez niego w tych dniach wypadek stosunkowo rzadki pneumothoracis ex enphysemate, u mężczyzny 62 letniego, byłego wojskowego, od 23 lat cierpiącego na nieżyt oskrzeli, z znacznym śluzotokiem i rozedmą; nagle powstała gwałtowna duszność (dyspnoea), ból w lewym boku, niemożność leżenia na nim, poruszenia gorączkowego jednak niema, zgęszczenia miąższu ani kawerny nigdzie nie można wykazać. Po kilku tygodniach wszystkie objawy powietrza w opłucnej powoli znikły.

Stan sanitarny: Anginae, łagodna płonica, nieżyty i goście, kilka wypadków krwiopluć.

Na tém zakończono posiedzenie.

Sekretarz **Zdanowicz.**

Protokół posiedzenia z dnia 4 Grudnia 1884 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Członkowie: *Arnsztein*, *Downar*, *Dziwiszek*, *Głogowski*, *Jaworowski*, *Koziejowski*, *Podgórski*, *Sachs*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Protokół poprzedniego posiedzenia przeczytano, przyjęto i podpisano.

Kolega *Dziwiszek* komunikuje trzy spostrzeżenia z praktyki lekarskiej w szpitalu więziennym w Lublinie: 1-o Płasawica połowiczna lewa, (*Hemichorea sinistra*), 2-o Przypadek zapalenia nerek, wyleczony ergotyną, 3-o Przypadek ostrego zapalenia ropnego błon jądra prawego i obustronnego opłucnej (*orchido meningitis dextra et pleuritis duplex parulenta acuta*).

Historia tych chorób dołączona do obecnego protokołu.

Następnie Dr. *Głogowski*, z powodu artykułu o prątkach przecinkowych Dra *Kocha*, w Nrze 40 „*Berliner Klinische Wochenschrift*“, omawiając istotę i własności i przypuszczalne działania tego prątka i znaczenie jego przy wynajdywaniu wskazań i metodzie leczenia, zwraca uwagę że dowodu by prątek przeciwkowy był zarazkiem (*Infectionsstoff*) na drodze doświadczalnej nie otrzymano, gdyż Dr. *Koch* opiera się tylko na znalezieniu go w rozwoju odpowiednim do okresu cholery; doświadczenia zaś na zwierzętach, np. zjedzenie i wprowadzenie bezpośrednio do kiszek zostały bez skutku z powodu niby odporności (*Immunitas*); chodowane zaś (*Reincultur*) i wprowadzone do krwi królików sprowadzały wprawdzie chorobę, lub do jamy brzusznej myszy, nb. w znacznej ilości nawet śmierć, lecz w małej ilości były nieszkodliwe (co mówi przeciw szczepieniu). Pierwsze dwie kategorie raczej by dowodziły braku owej odporności (*Immunitas*).

Wprawdzie i Dr. *Richard* w Goalandu widział u świń po zjedzeniu ekskretów cholerycznych zdéchanie w konwulsjach po $\frac{1}{4}$ do 2 godzin, lecz nikt inny nie spostrzegł tego.

Również brak dowodu że krew i odchody cholerycznych mają własności trujące, chociaż Dr. *Koch* zasadza się na wyżej wzmiankowanych spostrzeżeniach *Richard'a*, co jest nieprawdopodobnem, gdyż świnię, w naszym kraju i innych mającą bardzo często sposobność i możność niemi się karmić, nie ulegają, o ile wiemy, chorobie. Co do samego prątka, *Prior* i *Finkler* znajdowali go, chociaż nieco w innej formie (grubsze) w cholera *Europea*, *Lewis* nawet w ślinie ustnej każdego człowieka zdrowego. Przypisywanie jedynie komabacillom działania w cholery wywołało by stanowczo zamęt w pojęciach tak co do prophylaktyki jak i co do terapii cholery, i niesłusznie by osłabiło znaczenie postępowania lekarskiego.

Podług *Kocha*, prątki przecinkowe giną w suszy, oraz w produktach rozkładu (gnicia), za tą samą przyczyną kwestya dezynfekcyi śmietników i wychodków, jako źródło niewątpliwie produktów gnicia, przedstawiało by się jako zupełnie zbytecznem, tymczasem wiemy że jaknajwiększa czystość, obfitość zmywań wodą są jedynym środkiem prophylaktycznym i nadzwyczajnie wskazane w czasie epidemii.

Tak rozumował Professor *Samuel* w monogr. *Subcutane Injection als Behandlungsmethode des cholera*.

Co do terapii, to przecież jeszcze przed *Kochem* traktowano cholere jako chorobę zakaźną, pasożytną, i dotąd nieposiadamy środka, któryby, bez szkody dla organizmu ludzkiego, jedynie by działał na prątki trujące, zatem jesteśmy bezbronni przeciw niemu.— Jeżeli w początku eozwolnienia cholerycznego, oléj rycynowy jest wskazany, to w dalszym ciągu przecież ze skutkiem pomyślnym

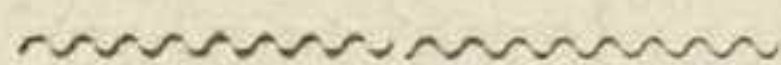
stosujemy opium, a tu mimowolnie nasuwa się pytanie. co się wtedy dzieje z prątkami, wydalenie których jest wstrzymane. Muszą się chyba mnożyć, skoncentrować w jednym miejscu kiszek, które tém bardziej są narażone na siłę działania i większym zmianom podlegać, a jednak tak nie jest; po 16—36 godzinach one giną, czy to pod wpływem wytworzonych produktów rozkładowych, niszczących je nieszkodząc organizmowi. Jeżeli się nieudaje powstrzymać biegunki cholerycznej, przychodzi do napadu, a dawne wskazania pozostają. Życiu zagraża nadmierna i szybka utrata cieczy; bieg krwi się zwalnia, chłonięcie w żołądku i kiszkiach nieznaczne, niedostateczne, prawie żadne; żyły transsudując niemogą rezorbować. Aby temu zaradzić, już przed trzydziestu laty, jak miałem sposobność zaznaczyć w artykule moim pomieszczonym w pamiętniku T-wa lekarskiego Warszawskiego z 1870 r., próbowano wstrzykiwania wody z $\frac{1}{2}$ 0/0 soli do żył, podług *K. Schmidta*, oraz wstrzykiwania eteru pod skórę w okolicach podobojczykowych i szyjowych, dla zapobieżenia porażenia serca stosowane przez *Guterbocha*, *Guttmanna*, *Goldbauma* i *Graefe'go* (1866) *Eulenburga* (1867) *Oser'a* (Wiedeń 1866) *Cantaniego* (1865). Ten ostatni w tegorocznej epidemii już po 16 i 24 godzinach trwania stadii algidi, miał polepszenia po iniekcjach podskórnych, stosując po $\frac{1}{2}$ litra 38° cieplej iniekcji, oraz Enteroclyzmata, bez wszelkich dezynfekcyjnych dodatków, jak np. Acid: carbolicum, obawiając się niepożądanych skutków takowych.

Z chorób panujących zauważono: Anginae, błonicę, płonicę łagodną, nieżyty, dur i pneumonię.

Na tém posiedzenie zakończono.

W dniu 20 Grudnia 1884 r., miało się odbyć wskutek odezwy Towarz. lekarskiego Warszawskiego, zapraszającej nasze Towarzystwo do wzięcia udziału w uczczeniu jubileuszu P-ra D-ra *Hoyera*, posiedzenie dla postanowienia w tym przedmiocie. Przybyli tylko Prezes Dr. *Kwaśniewski*, koledzy: *Dziwiszek*, *Wahrman* i Sekretarz *Zdanowicz*.— W braku innych członków obecni zdecydowali posłać telegram z powinszowaniem w dniu obchodu, co też i uczyniono.

Sekretarz **Zdanowicz.**



I. Przypadek płasawicy połowicznej lewej (*Hemichorea sinistra*).

Buczkowski Paweł, lat 40 mający, pochodził ze wsi Chmiel w okolicy Głuska, kawaler. Przed uwięzieniem mieszkał w Głusku przy koszarach, gdzie dostawał pożywienie od żołnierzy. W więzieniu lubelskim osadzony został za podpalenie chaty włościańskiej; przestępstwo to, jak opowiada, spełnił w celu otrzymania, podczas nadchodzącej zimy, schronienia i pożywienia w więzieniu. Dzieckiem będąc jeszcze pozostawiony został własnemu przemysłowi. Chory opowiada że w trzecim roku życia, jakoby wskutek zawiania, dostał trapiącej go aż po dzień dzisiejszy choroby. O ile od mało rozwiniętego chorego, mogłem się dowiedzieć, nie był on nigdy dotknięty ani paraliżem, ani padaczką; jakiś czas (kiedy nie jest w stanie oznaczyć) pozostawał na kuracyi w szpitalu S-go Wincentego i Jana Bożego w Lublinie; z powodu jakich chorób—przypomnieć sobie nie może. Rodzice chorego nie żyją, na taką jak on chorobę nie chorowali. Przyjęty do szpitala 20-go Października 1884 roku.

Wzrost chorego średni, odżywianie dość liche—tkanki podskórnej prawie niema; mięśnie słabo rozwinięte, szczególnie z lewej strony. W mosznie

brak lewego jądra. Badanie fizykalne żadnych zboczeń w narządach wewnętrznych nie wykrywa. Tętno 76 uderzeń na minutę. Sfera umysłowa upośledzona, chory z trudnością przypomina sobie zdarzenia ze swjej przeszłości; w opowiadaniu jego brak logicznego związku, pacierza nie umie, liczyć zaledwie do 10 potrafi.

Przy pierwszém wejrzeniu na chorego zastanawiają mimowolne, bezładne, nierytmiczne ruchy w lewej połowie twarzy i szyi, lewej górnej i dolnej kończynie. Ruchy te wzmagają się, gdy ktoś zwróci uwagę na chorego, gdy chory się porusza lub zaczyna mówić. Na lewej stronie twarzy wskutek klonicznych skurczów mięśni tworzy się kilka fałd—twarz się wykrzywia. Lewy kąt ust znajduje się w ciągłym ruchu to na zewnątrz, to na wewnątrz. Język skierowany ku stronie lewej; mowa nieco utrudniona. Głowa pochyla się ku przodowi i zwraca się cokolwiek w lewo wskutek klonicznych skurczów mięśnia mostko-obończyko-sutkowego. Kończyna górna lewa wykonywa ruchy we wszystkich stawach; w ogóle ruchy zginania i ksobne przeważają nad ruchami wyprostnemi i odsiebnemi. Żadnych dowolnych ruchów lewą górną kończyną chory wykonać nie może. Bark to się unosi ku górze, to się opuszcza; ramię zbliża się do tułowia, przy czem powierzchnia przednia ramienia zwraca się na wewnątrz; w trakcie tego widać kloniczne skurcze mięśni, wskutek których w stawie łokciowym odbywa się pomimowolne zginanie i wyprostowywanie kończyny. Przedramię zwykle utrzymuje się w pozycji nawrotniej. Ręka mocno zgięta w stawie przedramieniowo-napięstkowym. Kloniczne skurcze mięśni przedramienia powodują ciągle ruchy palców lewej ręki; chory, usiłując pokonać rzućanie się takowej, z wysileniem utrzymuje ją prawą.

Ruchy kończyny dolnej lewej są mniej gwałtowne i odnoszą się do stawów kolanowego, golenio-stopowego i przeważnie palcowych. Stopa chorego zwykle jest wyprostowaną w stawie golenio—stopowym i zwróconą podszwą ku wewnątrz (*pes equinovarus*). Dla tego też chory chodząc opiera się tylko na palcach i przedniej części podeszwy. Palce nogi w skutek klonicznych skurczów mięśni na przemian zginają i wyprostowują się. Odruchy kolanowe nieco wzmożone.

Czucie w lewej połowie ciała zniesione—chory nie uczuwa zupełnie ukłuć szpilki. Uczucia smaku na lewej połowie języka kompletnie niema; gdy położyłem na niej trochę chininy lub soli, chory nie był w stanie rozpoznać smaku rzeczonych substancji. Również powonienie w lewym nozdrzu zupełnie zniesione: chory nie rozpoznaje zapachu jodoformu i chloroformu. Słuch z lewej strony bardzo upośledzony; uderzenia zegarka chory słyszy w tenczas, gdy mu takowy przyłożyć do muszli usznej. Czucie, smak, powonienie i słuch na stronie prawej ciała normalne.

Mamy więc u naszego chorego ruchy ograniczone do lewej połowy ciała, ruchy nieprawidłowe, mimowolne, nierytmiczne, wzmagające się przy wszelkich ruchach dowolnych; w sferze czucia—zupełną anestezję skóry i narządów zmysłów. Objawy te zupełnie upoważniają do rozpoznania płasawicy połowicznej lewej (*Hemichorea*). *Paralysis agitans* charakteryzuje się także ruchami, nie podlegającymi woli lecz rytmicznymi, w naszym zaś przypadku mamy ruchy nieprawidłowe; przy *paralysis agitans* bywa raczej osłabienie i drżenie niż brak kontroli nad ruchami mięśni, zresztą *paralysis agitans* po 37 latach trwania zajęła by z pewnością i drugą połowę ciała. *Sclerosis disseminata* odznacza się nieruchomym wyrazem twarzy chorego i tem, że skurcze mięśni powstają tylko w tedy, gdy te ostatnie w ruch mają być wprowadzone (*Intentionszittern*); oprócz tego prawie zawsze przy tej chorobie bywają przykurczenia (*contracturae*).

Niejakie podobieństwo do płasawicy, resp. hemichorei ma t. z. Tremor convulsivus Hammonda, różni się jednak tem, że gwałtowne ruchy mięśni występują w paroksyzmach odgraniczonych od siebie zupełnym spokojem; podczas takiego napadu, który zwykły trwać nie dłużej jak 20 minut, chorzy bardzo się pocą; tremor convulsivus nigdy nie zajmuje kończyn dolnych i zwykle towarzyszy mu nadczułość skóry. Co się tyczy hemiatetozy, to według Charcot'a, jest ona rodzajem hemichorei. Tremor senilis, tremor mercurialis, spasmus scriptorius i spasmus nutans, jakkolwiek charakteryzują się niezwykłymi ruchami mięśni, lecz pod względem etiologicznym i fenomenologicznym tak się różnią od hemichorei, że przeprowadzenie szczegółowego różniczkowego rozpoznania pomiędzy pierwszemi i ostatnią uważam za zbyteczne.

Teraz, posiłkując się pracą kol. Kornitowicza, ogłoszoną w № 37 Gazet lek. z roku przeszłego, pokrótce przedstawię stan obecny nauki o płasawicy połowicznej.

Autorowie rozróżniają dwojakiego rodzaju płasawicę połowiczną: zwykłą i objawową. Zmiany mózgu przy pierwszej dotąd nie są znane. Płasawica połowiczna objawowa najczęściej powstaje albo po napadzie apoplektycznym, gdy objawy hemiplegii zaczynają ustępować, albo może wystąpić i przed porażeniem połowicznym, w krótkce po napadzie apoplektycznym. Rozróżniamy przeto hemichorea posthaemorrhagica, posthemiplegica, postparalytica i hemichorea prae-hemiplegica. Powyższym dwóm formom hemichorei zwykle towarzyszy znieczulenie połowiczne skóry i narządów zmysłów. Hemichorea objawowa może wystąpić przy częściowym zaniku mózgu, najczęściej ograniczonym do jednej półkuli. Zanik taki bywa następstwem rozmaitych cierpień mózgu, przebytych w wieku dziecięcym lub podczas życia wewnątrzmacicznego. Oprócz tego płasawica połowiczna objawowa towarzyszy niekiedy nowotworom mózgu. Hemichorea, powstała wskutek zaniku lub nowotworów mózgu nie zwykła kombinować się ze znieczuleniem połowicznym. Co się tyczy umiejscowienia zmian mózgu, powodujących płasawicę połowiczną objawową, to badania zwłok i doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez *Raymond'a* upoważniają do wniosku, że hemichorea powstaje wskutek ucisku, drażnienia lub też znieczulenia pęczka włókien ruchowych torebki wewnętrznej (caps. interna), znajdujących się ku przodowi i na zewnątrz od włókien czuciowych tejże torebki.

Torebka wewnętrzna (capsula interna), według *Burdach'a* w tylnej trzeciej części, w okolicy pomiędzy thalamus opticus i nucleus lentiformis zawiera jeszcze włókna ruchowe i czuciowe; w dalszym jednak ciągu drogi ruchowe zupełnie oddzielają się od czuciowych: pierwsze biegną ku przodowi, ostatnie zaś ku tyłowi. Zatem $\frac{2}{3}$ przednie capsulae internae należą do sfery ruchowej, $\frac{1}{3}$ zaś tylna jedynie czuciowe włókna zawiera.

W naszym przypadku anamneza nie daje żadnych wskazówek, aby chory kiedykolwiek uległ atakowi apoplektycznemu, respective porażeniu połowicznemu; na tej zasadzie wykluczyć możemy hemichoream prae— i posthemiplegicam. Za to możemy zrobić przypuszczenie, że chory mając lat 3 przebywał jakieś cierpienie prawej półkuli mózgu. Domniemane cierpienie prawdopodobnie stało się źródłem częściowego zaniku mózgu, powodującego częstokroć wystąpienie płasawicy połowicznej. Za zanikiem przemawia także znaczne upośledzenie sfery umysłowej chorego.

Nowotworu mózgu, jako przyczyny omawianej choroby, w naszym przypadku przyjąć nie możemy, ponieważ nowotwór przez lat 37 niechybnieby spowodował głębsze zmiany substancji mózgowej i, co zatem idzie, daleko cięższe objawy, jeżeli nie śmierć. Powyżej widzieliśmy, że hemichorea, spowodowana

częściowym zanikiem mózgu, nie łączy się z hemianestezyą, w naszym zaś przypadku rzecz się ma zupełnie przeciwnie. Mnie się zdaje, że sprzeczność ta da się wytłomaczyć w ten sposób, że u naszego chorego, oprócz zajęcia włókien ruchowych torebki wewnętrznej, uległy cierpieniu i włókna czuciowe.

II. Przypadek zapalenia nerek, wyleczonego ergotyną.

Wiktor Górny, lat 56 mający, przyjęty został do szpitala więziennego 15 Października r. b. Od trzech tygodni, wkrótce po uwięzieniu, chory czuje się osłabionym, niema apetytu, cierpi na zaparcie stolca. Mocz oddaje mniej, niż dawniej; w ostatnich dniach zauważył puchlinę rąk i nóg. Oprócz tego dokucza mu kaszel.

Odżywianie organizmu mierne, błony śluzowe dość blade; powieki, ręce, moszna, golenie i stopy znacznie obrzęknięte. Stan bezgorączkowy. W dolnych płatach płuc liczne rzeżenia wilgotne. Wymiary tępości serca nie zmienione; tony serca słabe i cokolwiek przytłumione. Puls 88. Język nieznacznie obłożony, brak łaknienia i zaparcie stolca. Brzuch trochę powiększony; w dolnej części brzucha ton tępy, zmieniający miejsce przy zmianie pozycji chorego. W zagotowanym moczu tworzy się bardzo obfity męt, nie znikający za dodaniem kwasu azotnego. Po ustaniu się osad wynosi $\frac{2}{3}$ objętości zagotowanego moczu.

Podczas pierwszych 5 dni pobytu chorego w szpitalu podawano mu liquor kali acetici i starano się wywołać poty. Przy takim postępowaniu obrzęki cokolwiek się zmniejszyły, lecz ilość białka pozostała nie zmienioną. Nie widząc zatem pomyślnego skutku z dotychczasowych usiłowań terapeutycznych i opierając się na poleceniu Dra *Rosińskiego* (Gazet. lekar. Nr. 37 i 38 r. 1884), zacząłem podawać choremu ergotynę.

Przebieg był następujący:

21/X. P. 88. Białka $\frac{2}{3}$ objętości zagotowanego moczu, obrzęk goleni i stóp powiększył się. Podano $\frac{1}{2}$ drachmy ergotyny Bonjeana na dobę.

22/X. Tra 37.8 C. 96 R. 40. Obrzęk dolnych płatów płuc większy, duszność również. Od dwóch dni niema stolca. Białka tyleż. Zalecono bańki suche i infus. sennae comp.

23/X. P. 88. Oddech swobodniejszy, lecz ascites i puchlina kończyn dolnych większa. Ilość białka ta sama. Podano drachmę ergotyny na dobę.

24/X. P. 88. Białka $\frac{1}{2}$ objętości zagotowanej uryny. Obrzęk moszny prawie znikł; golenie spuchnięte tylko w dolnej trzeciej części. Ergotyny drachmę na dobę zadano.

25/X. P. 84. Zresztą st. idem. Ergotini 3j.

27/X. P. 84. Chory czuje się cokolwiek lepiej; duszność jednak i kaszel dokuczają mu jeszcze. Ilość moczu około litra na dobę. Oedema in statu quo. Osad wynosi $\frac{1}{3}$ zagotowanej uryny. Podano 2 drachmy ergotyny na dobę.

28/X. P. 88. Duszność ustąpiła zupełnie. Były 2 wypróżnienia. Mocz litr. Osad $\frac{1}{4}$ objętości poddanej zagotowaniu uryny. Puchlina mniejsza. Chory zostawiony bez lekarstwa.

29/X. P. 84. Mocz więcej niż $1\frac{1}{2}$ litra; po zagotowaniu moczu otrzymuje się tylko lekki męt. Bez lekarstwa.

30/X. P. 84. Obrzęki zmniejszyły się. Mocz zagotowany nieznacznie się męci. Zadano drachmę ergotyny.

31/X. P. 72. Rzeżeń w dolnych płatach bardzo mało. Puchlina tylko na stopach. Chory czuje się dobrze. Mocz po zagotowaniu i zakwaszeniu pozostaje przezroczystym. Zalecono liq. kali acet.

1, 2, 3, 4 Listopada podawano tr. ferri chlorat 3 razy dziennie po 20 kropel.
5/XI P. 88 Po zagotowaniu zakwaszonego moczu znów tworzy się osad.
Zalecono 1½ drachmy ergotyny na dobę,

6/XI P. 84 Tony serca czyste. Język nie obłożony. Wypróżnienie prawidłowe. Ascites ustąpiła. Obrzęk tylko około kostek i na stopach, lecz w małym stopniu. Moczu około 2 litrów na dobę. Białka w urynie wcale niema. Stan ogólny chorego bardzo dobry. Następnie, przy ciągłym zadawaniu żelaza, obrzęki zupełnie poznikwały.

Opisany przypadek, oprócz potwierdzenia korzystnego wpływu ergotyny na przebieg rozlanego zapalenia nerek, zasługuje na uwagę i z tego względu, że chory spożywał takie dawki ergotyny, których dotąd, o ile mi wiadomo, nikt jeszcze nie stosował, a jednak, jak widać z przebiegu, najmniejszych objawów otrucia nie było. Przeciwnie po zadaniu 2 drachm na dobę działanie środka na białkomocz było bardzo wybitnie pomyślnem. Chory wyżył ogółem uncyę ergotyny.

III. *Orchido-meningitis dextra et pleuritis duplex purulentæ acutæ.*

Grzegorz Pałka, 68 lat, podczas pobytu w szpitalu, 13 Listopada wieczorem dostał dreszczy i mocnego bólu w prawem jądrze. Badając chorego na drugi dzień z rana, znalazłem dość znaczne równomierne obrzmienie prawego jądra, wielką bolesność takowego na dotyk i mierną gorączkę. Zaleciłem środek przeczyszczający i zimne okłady na jądro. Te ostatnie stosowano następnych dni, wewnętrznie zaś chininę. 17 Listopada T-ra 39°, P. 96, prawe jądro powiększyło się znacznie. Chory wygląda na dotkniętego bardzo ciężkiem cierpieniem, jest bardzo niespokojny, ciągle jęczy. Następnego dnia zaczął uskarżać się na klucie w dolnej części lewej połowy klatki piersiowej. Badanie wykazało zapalenie lewej opłucnej. Tętno 120 uderzeń, słabe. Znaczny upadek sił połączony z wielkim niepokojem chorego. Ból w prawem jądrze mniejszy. Tegoż dnia o godzinie 10 wieczorem chory zmarł.

Przy sekcyi, dokonanej 20 Listopada, znalazłem co następuje.

Trup wychudnięty. Płuca nie przyrośnięte; w jamie lewej opłucnej około ½ litra ropnego wysięku, opłucna ta w dolnej części pokryta skrzepami włókniaka. W jamie prawej opłucnej również ropny wysięk, lecz w znacznie mniejszej ilości. Płuca powiększone, żadnych stwardnień nie zawierają; z powierzchni przekroju spływa dość dużo krwawego pianistego płynu. Oskrzela gdzieś niegdzie rozszerzone, błona śluzowa ich pokryta znaczną ilością śluzu, ciemno zabarwiona, z podłużnymi prążkami. Mięsień serca blady, serce w stanie rozkurczu; ujścia i zastawki normalne, brak nawet ateromatycznych zmian w ściankach aorty. Otrzewna gładka, połyskująca. Śledziona półtora raza powiększona, tkanka jej bardzo miękka, rozrywa się w palcach; na przekroju jasno-różowego koloru. Wątroba nieco powiększona, bardzo przekrwiona. Nérki cokolwiek powiększone, lecz lewa większa od prawej; powłoka łatwo się zdejmuje; substancja korowa powiększona i na jej powierzchni widać czerwone punkciki (*corpuscula Malpighii*). Po przecięciu tunicae vaginalis prawego jądra wypływa około łyżki ropy; powierzchnia wewnętrzna tunicae vaginalis zmiotniała, nierówna. Jądro i przyjądrze wcale niezmiennione.

Zatem rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *Bronchitis catarrhalis chronica, pleuritis purulenta duplex, hyperaemia et odema pulmonum, tumor lienis acutus;—hyperaemia hepatis, nephritis acuta levi in gradu (trübe Schwellung) et orchido—meningitis dextra purulenta.*

Objawy, które wystąpiły za życia chorego były tak niezwykle, że nie

mogłem sobie zdać sprawy, z jaką chorobą mam do czynienia. Przy braku jakiegokolwiek przyczyny traumatycznej, u chorego, który nigdy nie miał trypra, występuje zapalenie w prawym jądrze. Na razie sądziłem, że rozwija się epididymitis, lecz brak charakterystycznego powiększenia przyjądrza przeczył takiemu rozpoznaniu. Obraz zaciemnia się jeszcze więcej, gdy przy nie bardzo wysokiej temperaturze i przy nie ciężkim stosunkowo cierpieniu miejscowym, wystąpiły objawy znacznego upadku sił, adynamia. Nakoniec zagadka staje się jeszcze trudniejszą do rozwiązania; chory ni ztąd ni zowąd dostaje zapalenia opłucnej i w kilkanaście godzin potem umiera.

Dopiero badanie zwłok rzuciło pewne światło na całą sprawę. Oprócz ropnego zapalenia tunicae vaginalis prawego jądra i opłucnych, znaleziono zwykle chorobom zakaźnym objawy: obrzmienie śledziony ostre i t. z. trübe Schwellung w nerkach. Jeżeli więc uwzględnimy brak wszelkiej traumatycznej przyczyny, ciężki stan ogólny za życia i rezultaty sekcji, to zmuszeni jesteśmy przypuścić, że orchidomeningitis i pleuritis w danym razie były natury zakaźnej.

Dr. B. Dziewiszek.

~~~~~

### **Protokół posiedzenia z dnia 4 Stycznia 1885 r.**

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Członkowie: *Dziewiszek*, *Jaworowski*, *Jentys*, *Głogowski*, *Koziejowski*, *Podgórski*, *Schmidt* i *Zdanowicz*.

Protokół poprzedniego posiedzenia przeczytano, przyjęto i podpisano.

Kolega *Podgórski* zabiera głos w sprawie zakładu kąpielowego w Sławinku pod Lublinem, wykazując konieczność ustanowienia brakującego dotychczas obowiązującego regulaminu, mogącego ułatwić kontrolę lekarską. Nad tym przedmiotem zawiązuje się dosyć ożywiona dyskusja, w której brali udział obecni członkowie. Regulamin przez kol. *Podgórskiego* proponowany uznany za wystarczający, z wyjątkiem artykułu trzeciego, który usunięto, jako niedostatecznie zapewniającego lekarzowi zakładowemu możebność kontroli nad stosowaniem miejscowych środków leczniczych.

Następnie kol. *Jentys* z dawnych swoich spostrzeżeń odczytuje historię przetoki pęcherzo-pochwowej, operowanej przez niego, i która po zeszyciu, zagoiła się zupełnie.

W końcu kol. *Dziewiszek* odczytuje referat o nowym środku obczulającym, szczególnie błony śluzowe, Kokainie, o jego własnościach i użyciu.

Z chorób głównie zanotowano w tym miesiącu dyfteryt, tyfus, ospę i zapalenie płuc.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz **Zdanowicz.**

~~~~~

Protokół posiedzenia z dnia 6 Lutego 1885 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Członkowie: *Downar*, *Dziewiszek*, *Głogowski*, *Jaworowski*, *Karo*, *Podgórski*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Protokół poprzedniego posiedzenia z dnia 4 Stycznia r. b. przeczytano, przyjęto i podpisano.

Kolega *Dziewiszek* odczytuje swoją pracę pod tytułem „Febris hepatalgica et febris intermittens hepatica“. Referat ten zawierający trzy historie choroby w całości dołącza się do obecnego protokołu.

W dyskusji nad tą pracą kol. *Głogowski* znajduje że nie wspomniano o tém że cały komplet objawów, scharakteryzowanych jako febris hepatalgica niedawno znowu się powtórzyła: na co kol. *Dziewiszek* odpowiada, że faktu tego nie przedstawił jako zakończoną sprawę, a tylko jako ilustracyą do obrazu, nazwanego przez *Charcota* febris hepatalgica.

W dalszym ciągu kol. *Głogowski* twierdzi, opierając się na wzmiankowanym dziele *Charcota*, że wypadki symulujące zimnicze napady i nazywane febris intermittens hepatica przedstawiają często wielką analogię z napadami gorączkowymi, spostrzeganymi u ludzi poddanych kateteryzowaniu, gdzie samo wprowadzenie i obecność w ureterze kateteru wywołuje gorączkę, połączoną z dreszczami, pomimo że żadnego ropienia lub obrażenia na błonie śluzowej kanału moczowego nie skonstatowano. W wypadkach febris hepaticae, rolę kateteru, jako ciała obcego, odgrywają kamyki żółciowe, w braku których przypuszczać by należało ropienie w wątrobie, lub też angiocholitis. Ztąd też i rokowanie, względnie do istnienia lub nie zmian głębszych, niekoniecznie musi być fatalném, czego i *Charcot* nie utrzymuje.

Po zamknięciu dyskusji nad tym przedmiotem, przystąpiono do zbierania wiadomości o stanie sanitarnym miasta i okolicy. Przy téj sposobności Dr. *Głogowski* zaznacza wspólnie z wielu innymi kolegami istnienie tyfusu tak wysypkowego jak i brzuszego, wprawdzie na przedmieściu Lublina, Kalinowszczyźnie, ale ze swojej strony uważa za stosowne zwrócenie uwagi na niewłaściwość przewożenia ztamtąd chorych do środka miasta, jak to miało miejsce w jednym wypadku i słusznie nazywa to postępowanie antyhygienicznym i niezgodnym z dobrze zrozumianą prophylaktyką.

Prezydujący Dr. *Kwaśniewski* podziela zupełnie to zdanie i objawia że w danym wypadku wyrażono koledze, który dopuścił tego, stosowne ostrzeżenie za tę nieostrożność.

Z chorób panujących oprócz tyfusów nb. sporadycznych, zaznaczono bardzo częstą aczkolwiek o łagodnym przebiegu i pomyślném zakończeniu odrę, ospę wietrzną, zapalenie płuc i zrzadka dyptheritis.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Sekretarz **Zdanowicz.**

~~~~~  
FEBRIS HEPATALGICA

et

FEBRIS INTERMITTENS HEPATICA

napisał

*Dr. B. Dziewiszek.*

Niekiedy przechodzeniu kamieni żółciowych z pęcherzyka do dwunastnicy jak również zamknięciu dróg żółciowych wskutek różnych przyczyn towarzyszą poruszenia gorączkowe, które mam zamiar w niniejszej pracy scharakte-



ryzować. Uważam moją robotę za tém bardziej mającą racyą bytu, ponieważ w rozmaitych podręcznikach patologii i terapii szczegółowej znalazłem tylko pobieżne wzmianki o téj kwestyi. Jako materiał służyć mi będą trzy własne spostrzeżenia i praca prof. *Charcot* (tłóm. ross. „Lekcyi o boleżniach pieczeni, żółcznych putiej i poczek”—1879 r.)

*Febris hepatalgica.* W niektórych przypadkach kolce wątrobowej towarzyszy lub jęj miejsce zajmuje krótkotrwały stan gorączkowy. Podniesienie ciepłoty zwykle poprzedza dreszcz lub tylko lekkie ziębienie; napad rzadko kończy się potami, najczęściej takowych brak. Mamy więc wtedy na pierwszy rzut oka coś w rodzaju napadu zimniczego. Zazwyczaj dreszcz zjawia się wtenczas, kiedy ból już wystąpił; gorączka nie zawsze jest w prostym stosunku do nateżenia bólu: niekiedy przy bardzo lekkim bólu bywa wysoka gorączka; często zaś bardzo gwałtownej kolce gorączka wcale nie towarzyszy. Niekiedy mamy tylko dreszcze, ciepłota zaś pozostaje normalną. Wreszcie zamiast bólu może być tylko podniesienie temperatury. Jako przykład przytaczam następującą obserwację:

27 Listopada r. z. byłem wezwany do pani G., mającej lat 55, dobrze zbudowanej, która tegoż dnia dostała gwałtownego bólu w prawém podżebrzu i in epigastrio; szczególniej wrażliwą na ucisk okazała się okolica odpowiadająca pęcherzykowi żółciowemu; żółtaczki nie było; wątrobę wyczuwałem poniżej łuku żebrowego, na powierzchni takowej żadnych nierówności wyczuć nie mogłem—znalazłem ją tylko nieco twardszą jak zwykle. Śledziona nie była powiększoną; język cokolwiek obłożony, wypróżnienia raz dziennie. Zaleciłem morfinę i sól karlsbadzką. Następnie widziałem chorą 7 Grudnia; opowiedziała mi, że przez cały ubiegły tydzień dręczyły ją te same nieznośne bóle. Obiektywnie żadnej zmiany nie znalazłem. Zrobiłem podskórne zastrzyknięcie morfiny i przepisałem purgans.

Tegoż dnia wyjechałem z Lublina; po powrocie dowiedziałem się od ordynującego podczas méj nieobecności kolegi, że 11 Grudnia wieczorem chora obok bólu dostała dreszczu, poczem zaraz temp. podniosła się do 39°. Dreszcz z temp. 38.5 powtórzył się jeszcze w parę dni później. 14 Grudnia wieczorem odwiedziłem chorą; znalazłem ją narzekającą na silny ból w miejscu powyżej już wskazaném, tętno 84, ciepłota 38°. Obawiając się angiocholitis przy najprawdopodobniejszym w tym razie przechodzeniu kamieni żółciowych, zaleciłem choręj postawienie wizykatoryi na okolice wątroby obok wcierania maści szarej, oprócz tego podawano po 5 gr. chininy rano i wieczorem. Ból na drugi dzień ustał. Następných dni ciepłota z rana bywała normalną; wieczorem zwykle utrzymywała się na poziomie 38°.— 21, 22, 24 i 25 Grudnia wieczorem i w nocy występowały lekkie ziębienia z następczem podniesieniem temperatury do 39°.3, 39, 38° i 38°. Oprócz tego przez kilka dni była żółtaczka. Stosowałem kalomel i rzewień w dawkach przeczyszczających, od czasu do czasu wezykatorye na okolice wątroby. Przy takim postępowaniu bóle już nie wystąpiły, żółtaczka wkrótce znikła, dreszczyki i ziębienia razem z podniesioną ciepłotą przed końcem Grudnia ustąpiły.

W przytoczonym przypadku jakkolwiek nie badałem stolców w celu wykrycia w takowych kamieni żółciowych i przeto nie miałem naocznego dowodu cholelithiasis, jednak przytoczone objawy, jak dla mnie, niewątpliwie przemawiają za powyższem rozpoznaniem. W opisanym przypadku wystąpiła zajmująca nas obecnie *febris hepatalgica*, a mianowicie—z początku mieliśmy typowe napady kolki wątrobowej bez gorączki; później bólowi towarzyszył napad gorączkowy poprzedzony dreszczem; w końcu zaś zamiast bólu występowało albo zię-



bienie z podniesioną temperaturą, albo tylko nieznaczne wzniesienie ciepłoty bez dreszczyków.

*Febris intermittens hepatica.* Przy długotrwałem lub stałem zamknięciu ductus choledochi, spowodowanem przez kamienie żółciowe, bliznowate zwięźlenie lub zarośnięcie takowego wskutek raka trzustki albo innych przyczyn, jak również przy kamieniach wewnątrz-wątrobowych, spotykamy się z tak zwaną *febris intermittens hepatica*.

Najbardziej sprzyjającą do powstania *febris intermittens hepaticae* okolicznością zdaje się być obecność ropy i śluzu w rozszerzonych powyżej przeszkody przewodach żółciowych t. j. angiocholitis suppurativa. Jednakże ropne zapalenie dróg żółciowych może przebiegać bez objawów wzmiankowanej gorączki, jak również takowa może wystąpić bez ropienia w przewodach żółciowych. *Charcot* przypuszcza iż w rozszerzonych i uległych zapaleniu przewodach żółciowych skutkiem zmiany żółci tworzy się jakiś jad, który jest w stanie wywołać będącą w mowie gorączkę. Tenże autor w następujący sposób charakteryzuje *febr. intermit. hepaticam*.

Żółtaczka nie stanowi reguły; brak jej gdy w przewodach znajduje się piasek lub gdy kamienie mieszczą się wewnątrz wątroby. Kolka wątrobowa częstokroć rozpoczyna obraz choroby; przy kamieniach wewnątrz-wątrobowych wcale jej niema. Napad zazwyczaj zjawia się nagle, niespodzianie i chory dostaje dreszczu po którym następuje rozpalenie i poty—obraz do złudzenia przypominający zimnicę. Dreszcz bywa niekiedy tak gwałtownym, że razem z chorym trzęsie się jego łóżko. Temperatura wznosi się do 39°, 40° i 41°. Niekiedy jednego z okresów napadu, najczęściej pocenia się nie bywa. W wielu przypadkach pomiędzy napadami bywa stan bezgorączkowy; napady zaś mogą się powtarzać tak regularnie, że zupełnie maskują zimnicę codzienną, trzeciaczkę i czwartaczkę. Jednakowoż pod tym względem bywa bardzo wiele wyjątków.

Napady *febris interm. hep.*, najczęściej miewają miejsce wieczorem, gdy zimnicze zwykle z rana występują. *Febr. interm. hep.* przebiega w większości przypadków chronicznie; może trwać 2 albo 3 miesiące z przerwami 8—10—15 dniowemi, wolnemi od napadów. Dość rzadko następuje zejście pomyślne; najczęściej zaś chorzy umierają.

Jako ilustrację powyższego opisu przytaczam 2 następujące spostrzeżenia:

Pan E. G. lat 44 liczący, urzędnik w Hrubieszowie zamieszkały. Będąc dzieckiem przechodził ospę, w późniejszym wieku tyfus; żółtaczki nigdy nie miał. Podczas ubiegłych trzech lat 2 razy doznawał bólów, umiejscowionych w prawem podżebrzu, — takowe po przystawieniu pijawek i zastosowaniu środków przeczyszczających szybko przechodziły, 26 Grudnia 1883 r. powróciwszy do domu, dostał silnego, wstrząsającego dreszczu, po którym nastąpiło znaczne bardzo rozpalenie, potów nie było. W przeciągu kilku dni następnych dreszcze przychodziły po 5 razy na dobę, zwykle wieczorem i w nocy; następnie do 17 Stycznia 1884 r. po 3 i 2 razy; około południa i wieczorem. Ciepłota po dreszczach dochodziła do 39°—40°; pomiędzy paroksyzmami bywała normalną. W tym czasie oprócz dreszczów i rozpalenia stale obserwowano bardzo obfite poty. 17 Lutego napady ustały, pozostała tylko gorączka ciągła. Pierwszy raz widziałem chorego 23 Lutego 1884 r. i zanotowałem następujący status praesens: Upadek odżywiania nadzwyczajny—z człowieka dobrej tuszy zrobił się szkielet powleczonej skórą, która przedstawia odcień żółtawy; spojówki żółtawo zabarwione, wyraźnej jednak żółtaczki niema. Chory bardzo apatyczny. Tr. 38.4, P, 120, R. 32. Język suchy, popekany; zupełny brak łaknienia; od czasu do czasu czkawka i odbijanie. Macanie wykazuje, że dolny brzeg wątroby wystaje na



3—4 poprzeczne palce poniżej łuku żebrowego; na powierzchni wątroby kilka nierówności wyczuć można; konsystencja jęj twarda; bolesności w tęg okolicy żadnęg niema. Przy opukiwaniu górną granicą wątroby na linii sutkowęg prawęg sięga do 4-go żebra; przy głębokim w dechu odgłos tępy w 4 międzyżebżu wyjaśnia się. W okolicy dolnęg części mostka tępość wątroby zlewa się z tępością serca. Pęcherzyka żółciowego wyczuć nie można. Nieznaczne wzdęcie brzucha; po bokach tegoż lekkie stępienie odgłosu.

Tępość śledziony dochodzi do 9 żebra (in lin. axillar. sinistr). Tępość serca zaczyna się poniżej 3-go żebra, tony serca słabe, lecz czyste. Oddech w płucach pęcherzykowy. Bólu i zawroty głowy niema. Wynik badania moczu na białko i barwniki żółciowe ujemny.

Zadawałem łagodne środki przeczyszczające, chininę w małych dawkach; oprócz tego kilka razy przystawiono wezykatoryę na okolicę wątroby. Chory wyzdrowiał.

W opisanym przypadku za rozpoznaniem kamieni żółciowych przemawiają dwa napady kolki wątrobowęg, o których wspomniano w anamnezie. Późnęg zaś, od 26 Grudnia 1883 r. ani razu chory nie uskarżał się na bóle in hypoch. sinistro, lecz odrazu dostał napadów febr. interm. hepaticae. Dreszcze były za gwałtowne, ciepłota za wysoka, napady za częste, aby uznać poruszenia gorączkowe tylko za febris hepatalgica. Opierając się na braku bólu i żółtaczki przypuszczam, że w tym przypadku w jednym z przewodów wewnątrz wątrobowych uwiązał kamień, który wywołał zastój żółci i następco zapalenie powyżej przeszkody. Powstała w taki sposób angiocholitis stała się powodem napadów febr interm. hep. Wyzdrowienie chorego chyba tęg objaśnić można, że pomimo ciężkiego cierpienia, takowe ograniczyło się na stosunkowo niewielkięj przestrzeni.

II obserwacya Pani P. lat sześćdziesiąt kilka, z Deszkowic pod Szczep-rzeszynem w końcu Października 1882 r. dostała żółtaczki i kolki wątrobowęg. Późnęg wystąpiły napady dreszczów, rozpalenia i potów; temp. podczas napadu dochodziła do 40,5, aby po ukończeniu takowego spaść nawet poniżej normy.

Otaczający opowiedzieli, że dawnięj zauważono w kale choręj kamienie. Chorą znalazłem bardzo wyniszczoną, skóra ciemno-zielonego koloru, bolesność nieznaczna w okolicy lewego płata wątroby; kolki wątrobowęg od pewnego czasu niema; wypróżnienia podobne do gliny. Codziennie kilkakrotnie (przy mnie raz) występują gwałtowne dreszcze w połączeniu z wysokiem podniesieniem ciepłoty i potami; ostatnie nie każdemu napadowi towarzyszyły. Chinina zadawana w wysokich dawkach na napady żadnego wpływu nie wywierała. Chora w końcu Grudnia 1882 r. zmarła.

W tym przypadku bezwątpienia mieliśmy do czynienia z cholelithiasis; długotrwałą i wysokiego stopnia żółtaczkę można objaśnić tylko stałem zamknięciem ductus choledoci. W takich warunkach z łatwością mogło się rozwinąć ropne zapalenie przewodów żółciowych, któremu, jak wiemy niekiedy towarzyszą napady *febr. interm. hepaticae*. Tak ciężkie zmiany w miększu wątroby jak również zniesienie jęj fizyologicznych czynności zejście fatalne spowodować musiały.

~~~~~


Protokół posiedzenia z dnia 4 Marca 1885 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Członkowie: *Arnsztein*, *Dziewiszek*, *Jentys*, *Podgórski*, *Sachs*, *Schmidt*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Prezes zagaja posiedzenie wzywaniem zebranych do uczczenia przez powstawanie ze swoich miejsc pamięci zmarłego dnia 20 Lutego r. b. rzeczywistego członka Towarzystwa Dra *Ignacego Chrzanowskiego*, co też i uczyniono.

Następnie odczytano protokół poprzedniego posiedzenia, przyjęto i podpisano.

Z kolei kolega *Jentys* przedstawia młodego człowieka, lat 18, rolnika, u którego od 1½ roku rozwija się w górnej średniej części mostka nieco ku lewej stronie obrócony, guz wielkości dużego jaja gęsiego, na którym skóra niezmienną, konsystencji ciastowato-chrzastkowej, część obwodowa stwardniała, wyniosła, czterokrotnie wykonane klócie próbne szpryką Prawotza były bez rezultatu, nie dały ropy, mikroskopowego badania nie dokonano. Z strony serca i większych naczyń niepostrzeżono anomalii, główne objawy są nieżyt płuc, żołądka i kiszek. Zastosowane z początku collodium jodatum i jodoformatum zdawały się powstrzymywać jego rozwój, lecz następnie okazały się bez skutku. Znaczne notuje się osłabienie i częste poty. Co do natury tego prawdopodobnie nowotworu niezdecydowano się aż do uskutecznienia badania mikroskopowego.

Jako przyczynek do toxykologii, tenże kol. *Jentys* przytacza wydarzony w przeszłym miesiącu wypadek otrucia opłatkami, zielono zafarbowanemi, pochodzącemi od jakiegoś organisty z pow. Lubartowskiego, któremu to otruciu uległa zamieszkała we wsi Jakubowicach Konińskich, P. Dunin. Objawy silnej gastritis zależne zapewne od zieleni Scheele'go zawartej w tych opłatkach, energicznem leczeniem z trudnością usunięto. Zaleconem zostało dostarczenie wzmiankowanych opłatków do rozbioru chemicznego.

Choroby panujące: odra, błonica, nieżyty i zapalenia oskrzeli i płuc.—
Zatem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz **Zdanowicz**.

Protokół posiedzenia z dnia 10 Kwietnia 1885 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Vice-Prezes *Janiszewski*, Członkowie: *Downar*, *Dziewiszek*, *Jaworowski*, *Karo*, *Koziejowski*, *Podgórski*, *Tetz*, *Wahrman*, *Zdanowicz*.

Po zagajeniu posiedzenia, Sekretarz odczytał protokół poprzedniego posiedzenia, który po uczynieniu niektórych zmian przyjęto i podpisano.

Następnie zakomunikowano odezwę Towarzystwa Lekarsk. Warszawskiego, z dnia 1 Kwietnia 1885 r., za № 26, z podziękowaniem i pokwitowaniem z odbioru składek członków tutejszego Towarzystwa na stypendyum jubileuszowe imienia P-ra Dra *Wiktora Szokalskiego*.

Z kolei Sekretarz zawiadomił obecnych członków o sprawie czysto osobistej natury, wynikłej między wolno-praktykującym lekarzem w m. Lubomli *Paszkiewiczem* a członkiem naszego Towarzystwa Drem *Zdzisławem Wiśniewskim* z Chełma; pierwszy z nich odezwą do Towarzystwa w języku urzędowym na imię Prezesa stosowaną, skarżył się na jakoby niewłaściwe odezwanie się o nim drugiego; wskutek czego do kol. *Wiśniewskiego* był napisany list z zakomunikowaniem tej odezwy; treść listu udzielono członkom obecnym Towarzy-

stwa i zyskała ich aprobatę. Odpowiedź kol. *Wiśniewskiego* postanowiono przesłać Drowi *Paszkiewiczowi*.

Daléj złożono rachunek ze składek na sprawienie wieńca żałobnego na pogrzeb ś. p. kol. *Chrzanowskiego*; pozostałe cztery ruble postanowiono jako gratyfikację oddać woźnemu Towarzystwa.

Zatwierdzono rachunek księgarni *Arcta*, który polecono wypłacić Skarbnikowi Towarzystwa, p: *Karo*.

Vice-Prezes Dr. *Janiszewski* w dalszym ciągu odczytał Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala Ś-go Jana Bożego w Lublinie za pół Października, Grudzień 1884 r., Styczeń i Luty 1885 r. Odpis tego sprawozdania w całości dołączony do obecnego protokołu.

Choroby panujące jakie zauważano w ubiegłym miesiącu były: odra, dosyć często powikłana i ze złośliwym charakterem (zapalenie krupowe krtani i płuc) ospica, pneumonie, róża.

Na tém zakończono posiedzenie.

Sekretarz **Zdanowicz.**

SPRAWOZDANIE

z czynności oddziału Chirurgicznego Szpitala Ś-go Jana Bożego w Lublinie
za pół Października i Grudzień 1884 r., oraz Styczeń, Luty i Marzec 1885 r.

podał

Dr. Feliks Al. Janiszewski.

Między temi wypadkami było szpitalnych 67, ambulatoryjnych 73, a mianowicie:

1) Chorób tkanki rogowéj podskórnéj i skóry—69; a mianowicie:	
Wrastanie paznogci (<i>Incarceratio unguis</i>)	8
Stłuczenia (<i>contusiones</i>)	10
Ropni zwyczajnych (<i>Abscessus</i>)	10
— napływowych (<i>Absc. congestionis</i>)	7
— około wątrobowych (<i>Absc. perihepaticus</i>)	1
Owrzodzenie przewlekłe goleni (<i>Ulcera cruris</i>)	10
Rany od stłuczenia (<i>Vulnera contusa</i>)	5
Rana postrzałowa (<i>Vuln. sclopetarium</i>)	1
Rany z maszyn rolniczych (<i>Vuln. dilacerata</i>)	8
Zmiażdżenia (<i>Conquassatio</i>)	2
Rozerwanie części miękkich i obrażenie ścięgna Achille- lesa (<i>Dilaceratio part. moll. et tendinis Achill.</i>)	1
Kaszak (<i>Atheroma</i>)	1
Tłuszczak (<i>Lipomata</i>)	1
Torbiel (<i>Cysta</i>)	1
Przetoka podskórna (<i>Fistulae cutaneae</i>)	1
Oparzenie (<i>Ambustura</i>)	1
Zapalenie tkanki podskórnéj (<i>Phlegmone dif.</i>)	1

2)	Choroby chirurgiczne tkanki mięsnej:	
	Skurczenie mięśni zgin. kolano (<i>Contractura myopath.</i>)	1
3)	Choroby chirurgiczne błony śluzowej:	
	Polyp. śluzowy nosa (<i>Polypus nasi</i>)	1
	Zapalenie worka łzawego (<i>Dacriocystitis</i>)	1
4)	Choroby gruczołów:	
	Przerodzenie gruczołów szyjowych	3
	— — — pachwinowych	1
	— — — pachowych	2
	Wole (<i>Struma hypertrophicum</i>)	5
	Zatkanie przewodu grucz. podjęzykowego (<i>Ranula</i>)	2
	Wąglik (<i>Anthrax</i>)	5
	Przerost migdałków (<i>Hypertrophia tonsill.</i>)	3
5)	Choroby okostnej i ścięgien:	
	Zapalenie okostnej rozlane (<i>Periostitis diffusa</i>)	3
	— — — wyrostka sutkowego (<i>Periostitis pro-</i> <i>ces. mastoidei</i>)	2
	Zastrzał (<i>Panaritium</i>)	10
	Przecięcie ścięgien zginaczy przedramienia (<i>Vulneratio</i> <i>et dissectio tendin. flexor antibrachii</i>)	1
6)	Chorób kości i stawów:	
	Zwichnięcie ramienia (<i>Luxatio brachii</i>)	1
	Gruźlica stawu barkowego (<i>Tuberc. articul. brachii</i>)	1
	— — — dłoniowego (— — — <i>carpi</i>)	1
	Próchnienie pięty (<i>Caries calcanei</i>)	1
	— — — goleni (<i>Caries tibiae</i>)	1
	Złamanie szyjki ramienia (<i>Fract. colli brachii</i>)	1
	— — — biodra (<i>Fract femoris</i>)	2
	— — — żebr (<i>Fract costarum</i>)	1
	— — — obu kości przedramieni (<i>Fract. antibrachii</i>)	2
	— — — kości promieniowej (<i>Fract. radii</i>)	2
	— — — kości goleniowej (<i>Fract. tibiae</i>)	1
	Torbiel zębowa (<i>Cystis dentalis</i>)	1
7)	Choroby błon surowiczych:	
	Wysięk moszny (<i>Hydrocele</i>)	3
	— — — jamy brzusznej (<i>Ascites</i>)	3
	— — — opłucnej (<i>Exsud pleurae</i>)	1
8)	Choroby naczyń krwionośnych:	
	Pęknięcie żyłaka (<i>Ruptura varicis</i>)	1
	Zranienie tętnicy łokciowej	1
	Naczyniak (<i>Angioma</i>)	3
9)	Choroby narządu trawienia:	
	Zwężenie przełyku (<i>Stricture aesophagi</i>)	2
	Zawrót kiszek	1
10)	Choroby narządu oddychania:	
	Dławiec (<i>Croup</i>)	1
11)	Nowotwory (<i>Neoplasmata</i>).	
	Mięsak kości biodrowej (<i>Osteosarcoma femoris</i>)	1
	— — — języka (<i>Sarcoma linguae</i>)	1

Mięsak goleni (<i>Sarcoma tibiae</i>)	1
Rak twarzy (<i>Carcinoma faciei</i>)	1
— wargi górnej (<i>Carcin. labii</i>)	2
Włókniak (<i>Fibroma</i>)	1
Mięsak nosa (<i>Polypus sarcoma nasi</i>)	1

Operacyj większych i mniejszych wykonano 105, mianowicie:

1. Wyrwanie paznogci	8.	23. Wycięcie torbieli zębowej	1.
2. Przecięcie ropni	18.	24. Odjęcie biodra	1.
3. Okrawanie blizn wrzodów	4.	25. — goleni	1.
4. Wyłyżeczkowanie	6.	26. — — (Dr. Jaworowski)	1.
5. Wyłuszczenie nowotworów	4.	27. — przedram. (Dr. Arnsztein)	1.
6. Obszerne cięcie przy phlegm.	1.	28. Wyłuszczenie palca u ręki	1.
7. Gwałtowne prostow. skurczeń	1.	29. Paracentsis hydrocele	3.
8. Odgniecenie polipów (9)	1.	30. Wyłuszczenie palców nogi	1.
9. Przecięcie worka łzowego	1.	31. Paracensus pleurae	1.
10. Wyłuszczenie grucz. szyi	3.	32. — peritonei	3.
11. — — pachwiny	1.	33. Ligatura arteriae	1.
12. — — pachy	1.	34. Extirpatio angiوماتum	3.
13. Wycięcie obustron. migdałków	3.	35. Laparatomia	1.
14. Przecięcie żabki (ranulae)	1.	36. Tracheotomia	1.
15. — anthracis	5.	37. Wycięcie mięsaka goleni	1.
16. — okostnej	5.	38. — — języka	1.
17. Operacja zastrzału	10.	39. — raka twarzy	1.
18. Zeszyście ścięgien przedram.	1.	40. — — wargi dolnej	2.
19. Wprawienie zwichnięcia	1.	41. — włókniaka	1.
20. Evidement główki ramienia	1.	42. — mięsaka nosa	1.
21. Odjęcie przedramienia	1.		
22. Evidement pięty (Dr. Jentys)	1.		
		Razem	105.

Z pomiędzy powyższych operacyj wyłyżeczkowanie pięty dokonane zostało przez kol. Jentysa; odjęcie goleni przez kol. Jaworowskiego, a przedramienia przez kol. Arnszteina; wszystkie z pomyślnym rezultatem. Śmiercią zaś zakończyły się laparatomia w 7 godzin po jej wykonaniu, amputacja przy osteosarcomie w stanie wysokiego wyniszczenia, oraz amputacja goleni wskutek zmiążdżenia w maszywie rolniczej, po której rozwinęła się posocznica.

Następujące wypadki zasługują na więcej szczegółową wzmiankę.

1) Gruźliczo przerodzone gruczoły chłonne prawej strony szyi — (*Lymphoma*).

Władysław Ptaszyński, młynarz ze Szczekarkowa, lat 22; choroba trwa od lat dwóch; gruczoły stopniowo powiększają się i są bolesne. Stan ogólny dosyć dobry. Badanie fizykalne w narządzie oddechowym nieprzedstawia złożeń. Operacja dokonana dnia 11 Października przy narkozie chloroformowej. Wyjęto dwa duże gruczoły, z których jeden już w stanie rozpadu sérowatego. Opatrunek przeciwnilny. Zabliźnienie w przeciągu dwu tygodni.

2) *Papillonm linguae carcinomatosma*.

Łaja Rozenkopf, lat 28, zameżna, w 9 miesiącu ciąży, wygląd dobry i w ogóle czuje się zdrową, przedstawia na końcu języka z lewej strony narośl wielkości dużego grochu, szypułkowatą, utrudniającą przyjmowanie pokarmów i mowę. Przyrzędem Paquelin'a odjęto w zdrowych częściach, z następnem jeszcze przyżeganiem. Badany pod mikroskopem nowotwór przedstawia budowę rakowatą (Dr. Jaworowski).

3) *Sarcoma cruris*, wielkości dużego kartofla na zewnętrznej stronie goleni lewej od 4 miesięcy nadzwyczajnie szybko się rozwija i utrudnia chodzenie u starozakonnój z miasta Łęczny Dwory Seidemann, wdowy lat 45. Wygląd chorój dobry. Zmian ważniejszych w narządach życia roślinnego nie znaleziono. Szybki bardzo rozrost i bolesność guza wskazują wyluszczenie natychmiastowe, co i wykonano dnia 12 Stycznia 1885 r. przy narkozie chloroformowej. Badanie drobnowidzowe przez kol. Jaworowskiego wykazało sarcoma melanodes globo et parvi cellulare. Chora po dokonanej operacji przez pewien czas w domu pozostawała a następnie przeniosła się do szpitala Starozakonnych, gdzie zabliźnianie dosyć szybko postępowało.

4) *Abscessus perihepaticus*.

Szachna Szneger, 6 letnie dziecko handlarza z Lubartowa od 3 miesięcy gorączkuje i skarży się na ból boku prawego, który według spostrzeżenia rodziców powiększa się i okazuje się nieznośnie bolesnym przy lada dotknięciu jego. Dziecko przywiezione do Lublina, nadzwyczaj blade i osłabione z lekka pokaszliwa, cierpi na ciągłą biegunkę, brak apetytu; bok prawy w okolicy wątroby przedstawia wyniosłość wielkości małego bochenka chleba, chelboczącą i niezmiernie bolesną przy ucisku. Otworzenie wykonano dnia 2 Marca 1885 r. za pomocą noża Paquelin'a, przy czem wypuszczono znaczną ilość ropy gęstej, dobrego wyglądu. Opatrunek przeciwnilny. Na drugi dzień gorączka znikła. Wyleczenie szybkie.

5) Cztery przypadki Wola (*struma hypertrophicum* z objawami duszności, doprowadzono do nader małych rozmiarów, za pomocą wstrzykiwań kwasu nadosmowego. Zwykle już po pierwszym wstrzyknięciu duszność ustępowała. Wole zamieniają się na guzy niewielkie bardzo twarde, konsystencji chrząstki.

6) Przecięcie ścięgien mięśni zginających dłoń. Peretz Finkelsztejn, lat 16, biegnąc korytarzem z szklanką w ręku upadł i stłukłszy takową przeciął ścięgna mięśni, *Palmaris longus*, *ligamentum carpi volare commune*, *Flexoris digitorum communis sublimis*, *Flexoris carpi radialis et ulnaris*. Tętnica łokciowa i promieniowa nieuszkodzone; krwotok nieznaczny miąższowy. Na drugi dzień po stosowném odseparowaniu skóry, odszukano końce przeciętych ścięgien, zszyto je jedwabiem jodoformowym, ranę skóry również zaszyto. Opatrunek przeciwnilny. Chory przebył w szpitalu dni 10, bez gorączki. Wypisany w stanie b. dobrym; ruchy palców i dłoni prawie normalne.

7) *Lymphoma glandularum inguinalium*. Jan Kozak, lat 26, od 5-u miesięcy podlega cierpieniu gruczołów pachwinowych; z licznych w nich otworów sączy się ropa w znacznej ilości. Wygląd charłaczy, osłabienie i wyniszczenie znaczne. Gorączka nieustanna. Wewnętrzne środki bez skutku. Wyluszczone cztery gruczoły sérowato przerodzone. Na drugi dzień gorączka ustąpiła. W trzy tygodnie po operacji, wyleczony zupełnie chory wypisany został.

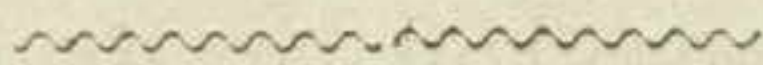
8) *Fungus ossis brachialis sinistri*. Kosior przybył do szpitala w stanie zupełnego wyniszczenia, sprowadzonego dwa lat przeszło trwającem ropieniem, z licznych przetok (*fistulae*) umiejscowionych na ramieniu lewém. Ucisk stawu ramieniowego nader bolesny; ruchy czynne i bierne niemożliwe. Zgłębnik wprowadzony dotyka w znacznej przestrzeni chropowatą główkę kości ramieniowej oraz jej trzonu. Chory się zgodził na koniecznie wskazaną operację wyluszczenia kości ramieniowej w stawie barkowym i odpiłowanie w części zdrowej, co też i uczyniono sposobem Langenbecka. Przy odkryciu stawu znaleziono całą główkę w stanie rozpadu, zmiekczoną tak że łyżeczką wraz z górną częścią trzonu usuniętą została. Dolną zaś część trzonu po stosowném oddzieleniu okostnej odpiłowano. Ranę po operacji ściśle wypełniono gazą jodoform-

mową, we wszystkich załamkach, nałożony zwykły antyseptyczny opatrunek. Gorączka tylko dwie pierwsze doby trwała. Po odjęciu na 7-my dzień opatrunku, znaleziono ranę czystą i bujną ziarniną pokrytą, tak w częściach miękkich jak i kostnych. Rana już do połowy obecnie zmniejszoną. Opatrunek się zmienia co 5 lub 6 dni. Ropienie skąpe, siły i wygląd chorego co dzień lepsze.

9) Zawrót kiszek od 15-tu dni trwający. Oryn, włościanin z Dysa, lat około 50 mający przywiezionym został do szpitala w stanie zapadu (*collapsus*) spowodowanego zawrotem kiszek (*Ileus*). Wymioty kałowe nieustanne, tętno nikle, temperatura 36°,5. Stolca od 15 dni niebyło. Wzdęcie brzucha znaczne. Chory domaga się gwałtownie operacji, widząc w niej jedynie zbawienie. Irrigacja Hegarowska kiszek, przemywanie żołądka, prądy indukcyjne na brzuch bez skutku. Przystąpiono zatem do laparatomii, przy pomocy kol. Jaworowskiego i Wahrmana. Po otworzeniu jamy brzusznej i ostrożnym wyjmowaniu kiszek, pokrywanych ciągle ciepłą wodą karbolową 2‰, znaleziono skręcenie koło osi kręski, i takowe odkręcono. Po zszyciu otrzewnej szwem katgutowym, a mięśni i skóry szwem z jedwabiu jodoformowego, nałożono na cały brzuch opatrunek przeciwnilny. Pomimo pozornego przez dwie godziny po operacji polepszenia stanu chorego, wystąpiły znowu bóle, wymioty obfite i śmierć w 7 godzin po tém.

Sekcja wykonana przez kol. Jaworowskiego wykazała:

Ciało wychudzone, stężenie pośmiertne umiarkowane, na skórze przeważnie brzucha liczne plamy gnilne. Na skórze brzucha wzdłuż linii białej widoczny świeży szew, po rozcięciu którego jak również i dwóch głębszych, brzegi rany swobodnie się rozchodzą. Wśród mięśni brzusznych skrzepy krwi, podobnie pod otrzewną ścienną wzdłuż brzegów rany umiarkowane podbiegnięcia krwawe. Kiszki cienkie silnie rozdęte gazami, poczynając od dwunastnicy aż do ślepój; błona ich surowicza mocno zaczerwieniona; miejscami prawie sino-czerwona. Światło kiszek: czczój, biodrowej i ślepój zupełnie wolne; krézki (*mesenterium*) przedstawia na swój powierzchni esowate białawe odcisnienia. Okrężnica wstępująca (*colon ascendens*) zmian nieprzedstawia; nieruchomość i szerokość jej normalna. Poniżej zagięcia prawego (*flexura coli dextra*) szerokość кишки zaczyna się zmniejszać; powyżej zaś zagięcia cała poprzecznica, kiszka zstępująca, *S. romanum* zwężone do $\frac{1}{3}$ normalnej szerokości. *Colon transversum, descendens, S. romanum* mają przebieg mocno falisty, zupełnie pozbawione krézki (*mesocolon*), skutkiem czego są bezpośrednio przyczepione, jakby przyrosłe do kręgosłupa i części miękkich tylnej ściany jamy brzusznej i do dołu biodrowego lewego, tak że owe części kiszek, zwykle ruchome w danym razie absolutnie z miejsca ruszyć się nie dają. Mimo licznych zagięć światło kiszek nigdzie nie zatkane. Błona śluzowa i surowicza poczynając od кишки wstępującej są blade; zawartości oprócz śluzu żadnej. Kiszki cienkie wypełnione płynem białym i gazami nigdzie nie uszkodzone; błona śluzowa ich mocno nastrzyknięta. W jamie otrzewnej żadnego śladu najmniejszej ilości płynu.



Protokół posiedzenia z dnia 15 Maja 1885 r.

Obecni: Prezydujący Vice-Prezes Janiszewski, Członkowie: Głogowski, Jaworowski, Jentys, Downar, Dziewiszek, Tetz, Podgórski, Wahrman i Zdaniewicz.

Sekretarz odczytał protokół poprzedniego posiedzenia z dnia 10 Kwietnia r. b., który bez zmian przyjęto i podpisano.

Daléj przedłożył zebrany Członkom projekt odpowiedzi D-rowi Pasz-

kiewiczowi na odezwę tegoż do Towarzystwa w sprawie osobistej jego z Członkiem T-wa kol. *Wiśniewskim*. Takową aprobowano i upoważniono Sekretarza do adresowania komu należy.

Zarazem wniósł Sekretarz odezwę do Członków o składkę na sprawienie wieńca żałobnego przy pogrzebie ś. p. Biskupa *Wnorowskiego*. Takową również zaakceptowano.

Następnie kolega Dr. *Głogowski* w imieniu Członka honorowego, P-ra D-ra *Szokalskiego* składa w darze od tegoż dla Towarzystwa jeden egzemplarz dzieła: „O rozwoju umysłowości w przyrodzie“, oraz podziękowanie P-ra D-ra *Henryka Hoyera* za przesłany przez Towarzystwo nasze gratulacyjny telegram w dzień obchodu jubileuszu jego 25 letniej działalności professorskiej w Warszawie.

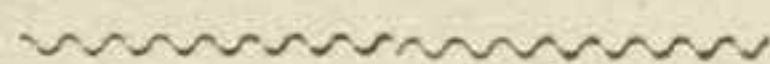
Z kolei kol. *Jaworowski* zabiera głos w sprawie artykułu zamieszczonego w N-rze 103 gazety Lubelskiej z dnia 12 Maja 1885 roku. Artykuł ten tyczy się śmierci ś. p. Biskupa *Wnorowskiego*, oraz zawiera opis balsamowania jego ciała i znalezionych przy tém zmian patologicznych w formie protokołu sekcyjnego, podpisanego przez kol. *Jentysa*. Nad nim zawiązuje się między zebranymi Członkami ożywiona dyskusja, z której wynika, że, pominąwszy rozstrzygnięcie o właściwości lub niewłaściwości podobnych ogłoszeń, oraz grube niedokładności, które mogły się wkraść i wkradły się przy redakcyi artykułu, przez dylettanta reportera, z oświadczenia obecnego kol. *Jentysa*, sekcji ani protokołu zatem sekcyjnego niebyło, a użyto jedynie luźnych notatek dorywczo zebranych, o tyle o ile na to pozwoliło otwarcie jamy brzusznej, dla wyjęcia trzewiów i balsamowania. Na poparcie tegoż kol. *Jentys* odczytał zebrany cały przebieg wykonanego przezeń balsamowania oraz opis przy tém skonstatowanych zmian patologicznych.

Przyjąwszy to do wiadomości, T-wo przechodzi nad tém do porządku dziennego.

Z chorób panujących zaznaczono odrę, tyfusy, malaryę, płonicę, błonicę, i zapalenia płuc. W okolicy a mianowicie w osadzie Bełżyce silnie grasuje odra, we wsiach Podole i Wierzchowiska pokazała się ospa naturalna.

Na tém zakończono posiedzenie.

Sekretarz **Zdanowicz**.



Protokół posiedzenia z dnia 5 Czerwca 1885 r.

Obecni: Prezes Dr. *Kwaśniewski*, Vice-Prezes *Janiszewski*, Członkowie: *Głogowski*, *Jaworowski*, *Jentys*, *Arnsztein*, *Karo*, *Koziejowski*, *Tetz*, *Wahrman* i *Zdanowicz*.

Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia z d. 15 Maja 1885 r., przyjęto i podpisano.

Kolega *Tetz* przedstawiając chorego z szpitala Starozakonnych, streszcza w krótkich słowach historję jego choroby. Starozakonny, krawiec, lat około 51, budowy prawidłowej, odżywienia bardzo miernego, przed paru tygodniami przybywa z praktyki prywatnej z monoplegią ręki prawej, która po tygodniu, znacznie się poprawiła, dopiero przed paru dniami wybuchły objawy mózgowe jako to całkowita aphasia, nieruchomość języka, utrudnienie połykania, przy czem

również i objawy paralityczne w kończynie prawej również się pogorszyły i doprowadziły chorego do stanu obecnego. Przebieg choroby zatem można podzielić na 3 okresy; w 1-ym mamy jedynie porażenie kończyny bez objawów mózgowych, w 2-im poprawa tego porażenia a przy końcu okresu wystąpienie objawów mózgowych a 3-ci okres, stan obecny, gdzie tak objawy mózgu jak i porażenie kończyny współcześnie istnieją.

Interesującym w tym wypadku jest to, że prawie ze ścisłością matematyczną można określić siedlisko źródła choroby, która niezawodnie jest pochodzenia centralnego. Siedlisko to topograficznie umieszczoném być musi w przednim zawoju ośrodkowym lewej półkuli mózgu, oraz w sąsiedztwie trzeciego zawoju czołowego Broca, jak tego dowodzi nastąpiona aphasia i paraliż języka. Jakiego rodzaju zaś jest zmiana w tych częściach mózgu, czy neoplasma czy embolia niemożna jeszcze z pewnością twierdzić. Przeciw pierwszej zdaje się przemawiać szybkość z jaką występowały pojedyncze objawy, chociaż jak kol. *Jaworowski* utrzymuje obfite w naczyniu nowotwory mają także wywoływać podobne symptomata. Kol. *Tetz* obiecuje o dalszym przebiegu choroby zawiadomić Towarzystwo.

Kolega *Głogowski* stawia wniosek mianowania P-ra Paryzkiego Uniwersytetu Dra Richelot, honorowym członkiem naszego Towarzystwa, oraz Dra Bouffe, członkiem korespondentem, motywując go zajęciem jakie ci Panowie okazali względem prac naszego Towarzystwa umieszczając jedną z nich w tłumaczeniu francuzkim, w redagowanym przez nich bardzo poczytném piśmie lekarskim „l'Union Médicale“.

Wniosek jednomyślnie przez obecnych przyjęty został i polecono wygotować odpowiednie dyplomy do obu tych Panów, oraz postanowiono zaprenumerować dla Towarzystwa pismo „l'Union Médicale“.

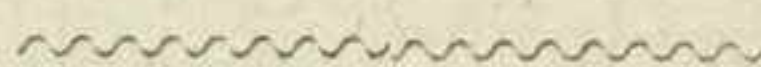
Vice-Prezes, kol. *Janiszewski* ze swojej chirurgicznej kliniki przedstawia okaz raka prącia, oraz wycięcia gruczołów limfatycznych przerodzonych gruźliczo obu pachwin, następnie przytacza wypadek wyłyżeczkowania kości łudkowej, klinowych pierwszej, drugiej i trzeciej, oraz śródstopowej pierwszej, i phalangis trzeciej stopy prawej; stan bezgorączkowy po operacyi, gojenie postępuje.

Okaz taenia solium około 20 łokci, wypędzony za pomocą Cousseiny.

Choroby głównie pojawiające się w ubiegłym miesiącu: odra z powikłaniami ze strony przyrządu oddechowego, dur wysypkowy, zapalenia błon mózgowych, krztusiec.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz **Zdanowicz.**



SPRAWOZDANIE

z działalności Towarzystwa Lekarzy gubernii Lubelskiej za 1884/5 rok.

Szanowni Panowie!

Po raz trzeci przypada na mnie zaszczytny obowiązek złożenia Wam sprawozdania z działalności Towarzystwa lekarzy lubelskich za ubiegły rok 1884/5. Jeżeli mi wolno podzielić się z Wami, Szanowni Panowie, z wrażenia jakie wywiera na mnie przegląd prac naszych w wzmiankowanym peryodzie czasu, to z radością przyznam się, że ono jest bardzo dodatnie, że pomimo trwających jak dawniej nieprzyjaznych rozwojowi naszej instytucji warunków, jak niekorzystne materyalne stosunki, zmuszające do pracy zawodowej w kierunku więcej praktycznym niż ściśle naukowym, brak środków pomocniczych, jak laboratoryi, kliniki i t. p. z jakich korzystają podobne Towarzystwa w miastach posiadających wyższe zakłady naukowe specjalne, pomimo, powiadam, tych wszystkich braków, które w przeszłych sprawozdaniach uwydatniały się pewnym znizieniem poziomu działalności, w tym roku zauważać się daje ożywienie, wcale dobrze rokujące o dalszym rozwoju naszej instytucji, a które niewątpliwie że Szanowni Panowie również z przyjemnością skonstatują z dalszego sprawozdania.

Stan sanitarny miasta i okolicy, o ile się dało wywnioskować z miesięcznych wiadomości, zebranych na naszych posiedzeniach, wogóle był niezły; żadne epidemie nie trapiły ludności. Śmiertelność nieprzechodziła granic zwykłej normy.

Udział członków zamiejscowych w pracach Towarzystwa, w tym roku był prawie żaden; ani obecnością swoją, ani nadsyłaniem prac i spostrzeżeń swoich nie przyczynili się oni do powiększenia naszych zasobów naukowych, fakt ten z pewnym żalem konstatuję bez komentarzy żadnych i bez dociekania przyczyn. Rozesłano wszystkim członkom wyszłe w tym roku z druku protokoły posiedzeń naszych za rok 1882/3; a przygotowano także same wydanie za rok 1883/4, które niebawem ma się drukować.

Za to udział członków miejscowych był daleko liczniejszy i więcej chętny; ilość prac i spostrzeżeń komunikowanych i podanych do wiadomości Towarzystwa powiększyła się.

I tak posiedzeń odbyło się zwyczajnych 12, nadzwyczajnych 2, które w miarę nagromadzonego materyału trwały od 2 do 3 godzin; przecięciowo uczęszczało na posiedzenie po 11 członków. Najliczniejsze (ogólne zebranie 4 Lipca 1884 r.) zgromadziło 18, najmniej liczne (nadzwyczajne 15 Grudnia 1884 r., z powodu jubileuszu P-ra Hoyera) 6 członków.

Udział w zgromadzeniach prócz 2 zamiejscowych przeważnie brali członkowie miejscowi.

Odczytów komunikatów i spostrzeżeń było 32, cyfra ta o 7 przewyższa liczbę przeszłorocznych i dowodzi większego zainteresowania się członków. Prac większych, mających nieraz wysoką doniosłość praktyczną było 12, mniejszych 20.

Wymieniam tu autorów i treść:

Kol. Dr. *Arnsztein* przedstawił swoją pracę:

1. Über Behandlung der chronischen Métritis.
2. O wskazaniach do laparatomii.

Kol. Dr. *Dziewiszek*.

3. Febris intermittens pneumonica.
4. Trzy spostrzeżenia ze szpitala więziennego: (Hemichorea sinistra, Nephritis wyleczone Ergotyną, Orchidomeningitis dextra et pleuritis duplex).
5. O kokainie.
6. Febris hepatalgica et febris intermittens hepatica.

Kol. Dr. *Głogowski*.

7. Obszerna ocena nowego dzieła Dra Frerichs'a o cukromoczu.— Praca ta, tłómaczona przez kol. *Zdanowicza* na francuzki język, znalazła pomieszczenie w dzienniku „l'Union Médicale“ (Nr. 47 i 51).
8. Uwagi i spostrzeżenia nad cholera i sposobami ieczenia jój.

Vice-Prezes Dr. *Janiszewski*.

9. O cystotomii górnej.
10. { Sprawozdanie dwumiesięczne z oddziału chirurgicznego szpitala
11. { Ś-go Jana Bożego.
12. }
13. Carcinoma penis.
14. Excisio glandularum inguinalium.
15. Taenia solium.
16. Evidement ossium tarsi et metatarsi pedis dextri.
17. Zrośnięcie wadliwe kości biodrowej (intracapsularis).

Kol. Dr. *Jentys*.

18. Contusio et fractura ossis parietalis sinistri.
19. Sprawozdanie z kolonii letnich dzieciennych.
20. Sarcoma femoris.
21. Przetoka pochwo-pęcherzowa.—Zeszycie, wyleczenie.
22. Tumor Sterni.
23. Wypadek otrucia opłatkami.
24. Balsamowanie zwłok ś. p. Biskupa Wnorowskiego.

Członek Aptekarz p. *Karo*.

25. O środkach odwietrzających i odwaniających.
26. O kwasie osmowym, arbutynie i hydrochinonie.
27. Rozbiór moczu.

Kol. Dr. *Podgórski*.

28. O Sławinku i regulaminie jego.

Kol. Dr. *Tetz*.

29. Polymyelitis.
30. Pneumothorax ex emphysemate.
31. Hemiplegia et aphasia.

Kol. Dr. *Schmidt*.

32. Wypadek rany postrzałowej u dziecka 3 letniego.

Każde z tych spostrzeżeń i komunikatów było przedmiotem ożywionych dyskusji i omawiań z strony zgromadzonych Członków na posiedzeniach mie-

sięcznych, gdzie również były załatwiane czynności administracyjne; zbierane wiadomości o stanie sanitarnym miasta i okolicy.

Do składu Towarzystwa przybyli: jeden Członek honorowy Professor *Richelot* z Paryża, jeden Członek czynny Dr. *Marek Arnsztein* z Lublina i jeden Członek korespondent Dr. *Bouffe* z Paryża.

Z powodu niewniesienia zaległych, dosyć znacznych składek, świadczącego o wyraźnej niechęci należenia do Towarzystwa, odnośnych kilku Członków zmuszeni będziemy wykreślić z listy Członków.

Zaznaczając ze smutkiem ten fakt, daleko więcej jednak ubolewać musimy nad stratą i ubytkiem z naszych już przerzedzonych szeregów, jakie spowodowała śmierć Członka czynnego Dra *Ignacego Chrzanowskiego* w Lublinie i Członka korespondenta Dra *Fortunata Nowickiego* w Nałęczowie. Szczegółów biograficznych o nich nie jestem w stanie udzielić Szanownym Panom; znaliście ich wszakże wszyscy i z pewnością ocenić mogliście wysokie przymioty towarzyskie i ogólnoludzkie, które ich zdobiły; nadmienię tylko że obaj, pochodzący z dalszych kresów naszej ziemi, wytrwale zachowali tradycje nasze, i pracą naukową i zasługami przynosili między nami i obcymi cześć społeczeństwu, które ich wydało.

Sądze że będę wiernym tłumaczem waszych uczuć, proponując Wam jeszcze raz uczczenie ich pamięci powstaniem ze swoich miejsc. Niech im lekka będzie ziemia rodzinna, którą tak kochali.

Rok ubiegły, między innemi, dał nam sposobność wyrażenia hołdu czci Członkowi honorowemu naszego Towarzystwa P-rowi D-rowi *Szokalskiemu*, z powodu 50-cio letniej rocznicy jego działalności lekarskiej. Posłaną była delegacja z adresem, i zebrano fundusz stypendyalny imienia Jubilata. P-rowi D-rowi *Hoyerowi*, z okazji jego 25-cio lecia na professorskiej katedrze, nasze Towarzystwo posłało gratulacyjny telegram.

O stanie biblioteki i kassy objaśnia Szanownych Panów Współ-Członków, Pan Bibliotekarz i Pan Skarbnik.

Towarzystwo nasze obecnie liczy Członków 64, z których honorowych 6, czynnych 44, korespondentów 14, a między niemi lekarzy 42.

Kończąc to sprawozdanie, czuję się w obowiązku podziękować Szanownym Panom za zaufanie jakie przez te trzy lata zaszczycaliście mnie powierzaniem mi czynności Sekretarza naszego Towarzystwa; jeżeli w sprawowaniu tych obowiązków niezawsze być może odpowiedziałem godnie Waszemu zaufaniu, to było skutkiem nieudolności a nigdy złej chęci. Prosząc Was, Szanowni Panowie, o zwolnienie z tych obowiązków, w miłej zawsze pamięci zachowam objawy koleżeńskiej życzliwości i serdecznych stosunków, któremi mnie obdarzaliście.

Sekretarz **Zdanowicz.**

STAN BIBLIOTEKI.

Przybyło do biblioteki w ciągu roku ubiegłego dzieł 6 w 6-ciu tomach. Biblioteka zatem posiada obecnie 1970 dzieł w 4097 tomach.

Rozpożyczono dzieł 40.

Pism peryodycznych prenumeruje Towarzystwo medycznych dwa: *Berliner Klinische Wochenschrift* i *Le Progrès Médical* (których kompletów z lat kilku dobrać niepodobna, z powodu niezwracania pojedynczych numerów przez stowarzyszonych), i dwa farmaceutyczne. Czasopismo Lwowskiego Towarzystwa Aptekarskiego i Farmaceutycznego *Żurnał*.

STAN KASSY

TOWARZYSTWA LEKARZY LUBELSKICH

za rok 1884/5.

DOCHÓD:

Pozostało remanentu z roku 1883/4. . .	Rubli 23 kop. 76
Wpłynęło do kassy w roku 1884/5. . .	„ 252 „ —
Razem	Rubli 275 kop. 76

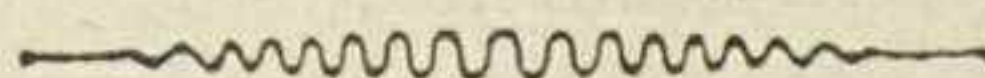
ROZCHÓD:

Książki i pisma	Rubli 43 kop. 30
100 exempl. protokółów posiedzeń . . .	„ 34 „ 10
1000 kart do biblioteki na grub. pap. . .	„ 4 „ 87 ¹ / ₂
500 blankietów do członków	„ 1 „ 82
Marki do listów zapraszających . . .	„ 1 „ 27 ¹ / ₂
Rozesłanie 78 sprawozd. na prow. . .	„ 3 „ 50
Telegram na jub. D-ra Hoyera	„ — „ 55
Porto składki na jub. D-ra Szokalskiego	„ — „ 48
Oprawa portretu ś. p. D-ra Klinka . .	„ — „ 85
Za lokal towarzystwa	„ 80 „ —
Pensya woźnego	„ 24 „ —
Nafta, świece, zapalki	„ — „ 90
Razem	Rubli 195 kop. 65

BILANS.

Dochód wraz z remanentem	Rubli 275 kop. 76
Rozchód	„ 195 „ 65
Pozostaje remanentu na 1885/6 . . .	Rubli 80 kop. 11

Podskarbi T. L. L. J. Karo



LISTA CZŁONKÓW

KTÓRZY WNIEŚLI SKŁADKĘ W 1884|5 ROKU.

W-ny	Bogucki do 4 Lipca 86 r.	Rubli	9
„	Dr Borucki do 4 Lipca 84	„	12
„	Dr Charytonowicz do 4 Stycznia 84 r.	„	6
ś. p.	Dr Chrzanowski	„	27
W-ny	Dr Downar do 4 Lipca 84 r.	„	6
„	Dr Dziewiszek do 4 Stycznia 85 r.	„	3
„	Duchateaux do 4 Lipca 84 r.	„	6
„	Dr Głogowski do 4 Stycznia 85 r.	„	9
„	Dr Janiszewski do 4 Lipca 84 r.	„	6
„	Dr Jaworowski do 4 Stycznia 85 r.	„	3
„	Dr Jentys do 4 Lipca 85 r.	„	9
„	Dr Kwaśniewski do 4 Lipca 85 r.	„	6
„	Kłossowski do 4 Lipca 84	„	6
„	Dr Koziejowski do 4 Lipca 85 r.	„	6
„	Karo Jan do 4 Lipca 85 r.	„	6
„	Kasprzykowski do 4 Lipca 85 r, ...	„	6
„	Dr Podgórski do 4 Stycznia 85 r.	„	3
„	Rusyan do 4 Stycznia 85 r.	„	6
„	Szule do 4 Lipca 84 r.	„	6
„	Szniersztein do 4 Stycznia 84 r.	„	6
„	Dr Sachs do 4 Stycznia 85 r.	„	9
„	Szule do 4 Lipca 84 r.	„	9
„	Dr Tołwiński do 4 Lipca 84 r.	„	12
„	Treutler do 4 Stycznia 85 r.	„	15
„	Dr Villaume do 4 Stycznia 85 r.	„	15
„	Dr Wiśniewski do 4 Stycznia 85 r.	„	33
„	Dr Zański do 4 Lipca 85 r.	„	6
„	Dr Zdanowicz do 4 Stycznia 85 r.	„	6
Razem			Rubli 252

J. Karo.

Дозволено Цензурою
Варшава 17 Июня 1887 года.



